

# IMPACTO DEL CONFLICTO ARMADO EN EL ESTADO PSICOSOCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES



En convenio con:





# IMPACTO DEL CONFLICTO ARMADO EN EL ESTADO PSICOSOCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES



## **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF)**

### **Cristina Plazas Michelsen**

Directora General

### **Ingrid Rusinque Osorio**

Directora de Protección – Encargada de la Subdirección General

### **Rocío Puerta Viana**

Subdirectora de Restablecimiento de Derechos

### **Claudia Patricia Guarnizo Guzmán**

Asesora en Atención Psicosocial en Niñez y Conflicto Armado

Subdirección de Restablecimiento de Derechos

## **ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM)**

### **Marcelo Pisani**

Jefe de Misión

### **Juan Manuel Luna**

Coordinador Programa de Migración y Niñez

### **Luz Mila Cardona**

Gerente de Políticas Públicas -Programa de Migración y Niñez

### **Daniel Fernández**

Gerente de Políticas Públicas, 2012-2013

Programa de Migración y Niñez

## **FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (Unicef)**

### **Roberto de Bernardi**

Representante UNICEF Colombia

### **Viviana Limpias**

Representante Adjunta UNICEF Colombia

### **Frederick Spielberg**

Especialista en Protección Infantil

### **Olga Lucía Zuluaga**

Oficial de Protección Infantil

### **Procesos Digitales SAS**

Diagramación e Impresión

**ISBN 978-958-8469-96-6**

**Primera edición, noviembre de 2014**

© Instituto Colombiano de Bienestar Familiar  
Organización Internacional para las Migraciones  
Fondo de Las Naciones Unidas Para La Infancia

---

Esta publicación fue posible gracias al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y al apoyo técnico de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) en desarrollo del Convenio NAJ-661. Los contenidos son responsabilidad del ICBF, Unicef y de la OIM.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar  
Avenida Carrera 68 N° 64 C 75 Sede de la Dirección General  
PBX 437 7630 Bogotá  
Línea gratuita nacional Bienestar Familiar 01 8000 91 80 80  
[www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co)

# EQUIPO INVESTIGADOR

**Clemencia Ramírez Herrera, Psic. PhD.**

Investigadora principal  
Oficial de Investigaciones  
Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

**Angela María Pinzón Rondón, MD, PhD.**

Coinvestigador  
Consultora OIM

**Paula Quintero Quintana, Psic.**

Asistente de investigación  
Consultora OIM

**Pablo Alfonso Sanabria Ferrand, Psic., M.A.**

Análisis estadístico

**Laura Mendoza Simonds, M.A.**

Analista de investigación OIM  
Análisis cualitativo

**Lida Yasmín Rojas Camargo**

Edición final documento

## ASESORES INTERNACIONALES

**Dr. James Garbarino**

Psicólogo, PhD.  
Profesor de Psicología  
University of Loyola  
Chicago, USA

**Dr. Miguel Pérez García**

Psicólogo, PhD.  
Catedrático  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico  
Universidad de Granada  
España

**Dr. Guglielmo Schininá**

Psicólogo  
Head, Mental Health, Psychosocial Response and  
Intercultural Communication Section  
International Organization for Migration  
Ginebra, Suiza

# EQUIPO INVESTIGADOR

## AUXILIARES DE INVESTIGACIÓN POR REGIÓN

### **Santander**

Claudia Olave  
Claudia Galvis  
Indira Peña  
Judith Arias

### **Bolívar y Sucre**

Luz Mary Espinoza

### **Bogotá**

Linda Flor Salazar Agudelo  
Jose Evaristo Carranza Baquero  
Carolina Ordóñez  
Ana María Donatto  
Humberto Andrés Vírguez

### **Arauca**

Gloria María Ruiz Torres

### **Meta**

Shirley J. Urrego Quintero  
Alba Lilia Merlo Santana

### **Casanare**

María Obdulia Romero Roa  
Ana Patricia Ramos Parada

### **Huila**

Elizabeth Herrera  
Kelly Patricia Suárez Trujillo

### **Antioquia**

Maribel Jackeline González  
Patricia Martínez

### **Chocó**

Seine Patricia Torres Gil

### **Caldas**

Andrés Felipe Marín Arcila  
María Fernanda Cardona

### **Quindío**

Andrea Londoño Orozco

### **Valle**

Diana Yennsy Mayorquín Silva  
Julián Mauricio Díaz Páez  
Krystian Nieves Prowesk

### **Nariño**

Ana Karen Ceballos Mora  
Sara Guerrero Caicedo  
Édgar Humberto Portilla Granda  
Nohora Isabel Paredes Moncayo

### **Putumayo**

Marcela Cadena Rey

### **Tolima**

Luis Enrique Pulecio Muñoz

# AGRADECIMIENTOS

De manera muy especial queremos agradecer a cada uno de los niños, niñas y adolescentes que participaron en el estudio dedicándonos su tiempo y compartiéndonos sus experiencias, sueños, deseos y esperanzas.

Un agradecimiento a los directivos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar por la confianza depositada en el equipo de investigación. De igual forma, a Claudia Guarnizo, asesora psicosocial en niñez y conflicto armado por la gestión y coordinación a nivel regional.

Queremos agradecer a los directores regionales, a los equipos profesionales de las unidades móviles y a las unidades de apoyo en cada uno de los 17 departamentos en los cuales trabajamos. Sin lugar a dudas, su participación incondicional fue invaluable en la realización de esta investigación.

Un especial reconocimiento a la agencia de Estados Unidos para el desarrollo internacional (USAID) por su apoyo y respaldo a este proceso a través del programa de Migración y Niñez de la OIM.

A todos y cada uno de los colegas de OIM, del programa de Migración y Niñez que participaron en el estudio a nivel regional y en la oficina principal, especialmente a Juan Manuel Luna, coordinador del programa, a Olga Lucía Zuluaga y Luis Eduardo Ríos, de Unicef, por su confianza en el proyecto.



# CONTENIDO

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	17
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	21
1.1 Antecedentes y justificación	26
<b>II. CONFLICTO ARMADO, CONSECUENCIAS, IMPACTO EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA: Perspectiva psicosocial y trauma</b>	35
2.1 Hechos victimizantes	36
2.1.1 Reclutamiento forzado	36
2.1.2 Minas antipersonal	37
2.1.3 Desplazamiento interno	38
2.1.4 Violencia sexual	40
2.1.5 Orfandad como consecuencia del conflicto armado	41
2.1.6 Desaparición forzada	44
2.1.7 Secuestro	45
2.2 Dimensión psicosocial: modelos y conceptos que fundamentan	46
2.2.1 Modelo ecológico	47
2.2.2 El modelo solidario	49
2.2.3 Modelo psicosocial	50
2.3 Bienestar y salud mental: desarrollo y experiencias potencialmente traumáticas	51
2.4 Indicadores físicos y psicosociales	55
2.4.1 Indicadores de salud física	55
2.4.2 Indicadores emocionales	55
2.4.2.1 Asociados al afecto	55
2.4.2.2 Indicadores psicosociales asociados a la ansiedad	57
2.4.2.3 Trastorno de estrés postraumático	57
2.4.2.4 Trastorno de estrés agudo	58

2.4.2.5 Comportamiento prosocial	58
2.4.2.6 Vínculo	60
2.4.2.7 Desentendimiento moral	61
2.4.2.8 Resiliencia	61
2.4.2.9 Empatía	62
2.5 Algunas generalidades de la relación entre hechos victimizantes y las variables de estudio	63
<b>III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	65
3.1 Objetivos	66
3.2 Hipótesis	67
<b>IV. METODOLOGÍA</b>	69
4.1 Tipo de estudio y diseño general	70
4.2 Participantes	70
4.2.1 Población	70
4.2.2 Componente cuantitativo	73
4.2.3 Componente cualitativo	74
4.2.4 Variables	75
4.2.5 Instrumentos	76
4.2.6 Procedimientos para la recolección de la información	79
4.2.7 Consideraciones éticas	79
<b>V. RESULTADOS</b>	81
5.1 Análisis cuantitativo	82
5.1.1 Magnitud de hechos victimizantes	82
a. Desplazamiento forzado	82
b. Desvinculados	83
c. Orfandad por conflicto armado	84
d. Secuestro	85
e. Violencia sexual	87
f. Minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (Muse) y artefactos explosivos improvisados (AEI)	87
5.1.2 Datos descriptivos de la muestra objeto de aplicación	88
5.1.3 Consecuencias e impactos en el estado psicosocial	96
5.1.3.1 Hecho victimizante por indicador psicosocial	96
a. Desvinculados	96
b. Desplazados	102
c. Violencia sexual	107
d. Huérfanos	112
e. Minas antipersonal	116
5.1.3.2 Víctimas versus no víctimas por indicador psicosocial	123
5.1.4 Análisis por diferencias, por sexo, edad, etnia, por hecho victimizante	131
5.1.5 Análisis por acumulación por hechos victimizantes	140

5.1.6 Diferencias por modalidad de atención	145
5.2 Análisis cualitativo	157
5.2.1 Desvinculados	157
5.2.2 Desplazados	160
5.2.3 Huérfanos	164
5.3. Análisis de mediación y modulación	164
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	167
6.1 Conclusiones	168
6.2 Recomendaciones	174
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	177
<b>ANEXOS</b>	199

## FIGURAS

Figura 1.	Factores asociados a los hechos victimizantes: desvinculados	160
Figura 2.	Factores asociados a los hechos victimizantes: desplazados	163
Figura 3.	Factores asociados a los hechos victimizantes: huérfanos	164

## TABLAS

Tabla 1.	Tipología y modalidades de secuestro	45
Tabla 2.	Número de niños, niñas y adolescentes habitantes por zona de estudio	71
Tabla 3.	Descripción de la muestra	73
Tabla 4.	Descripción de la muestra de los niños, niñas y adolescentes inicialmente seleccionada	74
Tabla 5.	Características de los niños, niñas y adolescentes que participaron en el estudio	88
Tabla 6.	Distribución de la edad de víctimas y no víctimas	89
Tabla 7.	Distribución por sexo víctimas y no víctimas	90
Tabla 8.	Escolaridad víctimas y no víctimas	91
Tabla 9.	Asistencia escolar víctimas y no víctimas	92
Tabla 10.	Distribución de las víctimas y no víctimas por grupo étnico	92
Tabla 11.	Tipo de familia para víctimas y no víctimas	94
Tabla 12.	Tipo de exposición hecho victimizante por frecuencia y porcentaje	95
Tabla 13.	Modalidad de atención más frecuente en la que se encuentran los niños, niñas y adolescentes	95
Tabla 14.	Diferencias del estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes por hecho victimizante	121
Tabla 15.	Diferencias del estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes por grupo étnico: víctimas versus no víctimas	122
Tabla 16.	Niveles de riesgo por indicador para cada hecho victimizante	172

## GRÁFICAS

Gráfica 1.	Manifestaciones psicosociales del duelo	42
Gráfica 2.	Modelo de consecuencias, impactos y afectaciones	47
Gráfica 3.	Modelo ecológico de Broffebrenner	48
Gráfica 4.	Integración de los tres modelos fundamento del estudio	50
Gráfica 5.	Esquema relacional de la proximidad de eventos relacionados con el conflicto armado y el nivel de afectación	53
Gráfica 6.	Distribución del grupo de expuestos versus no expuestos por edad	89
Gráfica 7.	Distribución del grupo de expuestos versus no expuestos por sexo	90
Gráfica 8.	Distribución del grupo de víctimas versus no víctimas por escolaridad	91
Gráfica 9.	Procedencia de niños, niñas y adolescentes víctimas directas del conflicto armado	93
Gráfica 10.	Procedencia de niños, niñas y adolescentes no víctimas directas del conflicto armado	93
Gráfica 11.	Distribución del grupo de expuestos versus no expuestos por tipo de familia	94
Gráfica 12.	Distribución del grupo de víctimas versus no víctimas por tipo de exposición	96
Gráfica 13.	Indicadores psicosociales asociados al afecto en el grupo de desvinculados	96
Gráfica 14.	Indicadores psicosociales asociados a los procesos emocionales internos y externos en el grupo de desvinculados	97
Gráfica 15.	Indicadores psicosociales: capacidad de vínculo de niños, niñas y adolescentes desvinculados	98
Gráfica 16.	Indicadores psicosociales de desarrollo integral (con diferencias significativas) en el grupo de desvinculados	98
Gráfica 17.	Indicadores psicosociales de desarrollo integral (sin diferencias significativas) en el grupo de desvinculados	99

Gráfica 18.	Indicadores psicosociales asociados a procesos de juicio moral en el grupo de desvinculados	99
Gráfica 19.	Indicador psicosocial: resiliencia en el grupo de desvinculados	100
Gráfica 20.	Indicador psicosocial: empatía	100
Gráfica 21.	Indicadores psicosociales: comportamiento prosocial en el grupo de desvinculados	101
Gráfica 22.	Percepción de salud e indicadores de salud física en el grupo de desvinculados	101
Gráfica 23.	Indicadores psicosociales asociados al afecto en el grupo de desplazados	102
Gráfica 24.	Indicadores psicosociales asociados a los procesos internalizantes y externalizantes en el grupo de desplazados	103
Gráfica 25.	Indicador psicosocial: capacidad de vínculo en el grupo de desplazados	103
Gráfica 26.	Indicadores psicosociales de desarrollo integral en el grupo de desplazados	104
Gráfica 27.	Indicadores psicosociales de desarrollo integral para el grupo de desplazados	104
Gráfica 28.	Indicadores psicosociales asociados a procesos de juicio moral en el grupo de desplazados	105
Gráfica 29.	Indicador psicosocial: resiliencia para el grupo de desplazados	105
Gráfica 30.	Indicador psicosocial: empatía en el grupo de desplazados	106
Gráfica 31.	Indicadores psicosociales: comportamiento prosocial para el grupo de desplazados	106
Gráfica 32.	Percepción de salud e indicadores de salud física en el grupo de desplazados	106
Gráfica 33.	Indicadores psicosociales asociados al afecto en las víctimas de violencia sexual	107
Gráfica 34.	Indicadores psicosociales asociados a los procesos emocionales internos y externos en violencia sexual	107
Gráfica 35.	Indicador psicosocial: capacidad de vínculo en violencia sexual	108
Gráfica 36a.	Indicadores psicosociales de desarrollo integral de violencia sexual	108
Gráfica 36b.	Indicadores psicosociales de desarrollo integral violencia sexual	109
Gráfica 37.	Indicadores psicosociales asociados a procesos de juicio moral	109
Gráfica 38.	Indicador psicosocial: resiliencia de violencia sexual	110
Gráfica 39.	Indicador psicosocial: empatía en violencia sexual	110
Gráfica 40.	Indicadores psicosociales: comportamiento prosocial	111
Gráfica 41.	Percepción de salud e indicadores de salud física de violencia sexual	111
Gráfica 42.	Indicadores psicosociales asociados al afecto en huérfanos	112
Gráfica 43.	Indicadores psicosociales asociados a los procesos internos y externos en huérfanos	112
Gráfica 44.	Indicador psicosocial: capacidad de vínculo en huérfanos	113
Gráfica 45.	Indicadores psicosociales de desarrollo integral en huérfanos	113
Gráfica 46.	Indicadores psicosociales asociados a procesos de juicio moral en huérfanos	114
Gráfica 47.	Indicador psicosocial: resiliencia en huérfanos	114
Gráfica 48.	Indicador psicosocial: empatía en huérfanos	115
Gráfica 49.	Indicadores psicosociales: comportamiento prosocial en huérfanos	115
Gráfica 50.	Percepción de salud e indicadores de salud física en huérfanos	116
Gráfica 51.	Indicadores psicosociales asociados al afecto MAP, Muse, AEI	116
Gráfica 52.	Indicadores psicosociales asociados a los procesos emocionales internos y externos: MAP, Muse, AEI	117
Gráfica 53.	Indicador psicosocial: capacidad de vínculo: MAP, Muse, AEI	117
Gráfica 54.	Indicadores psicosociales de desarrollo integral: MAP, Muse, AEI	118
Gráfica 55.	Indicadores psicosociales asociados a procesos de juicio moral: MAP, Muse, AEI	118
Gráfica 56.	Indicador psicosocial: resiliencia MAP, Muse, AEI	119
Gráfica 57.	Indicador psicosocial: empatía en MAP, Muse, AEI	119

Gráfica 58.	Indicadores psicosociales: comportamiento prosocial MAP, Muse, AEI	120
Gráfica 59.	Percepción de salud e indicadores de salud física MAP, Muse, AEI	120
Gráfica 60.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por edad	123
Gráfica 61.	Descripción del grupo de expuestos víctimas versus no víctimas por grupo étnico	123
Gráfica 62.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por sexo	124
Gráfica 63.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por nivel de escolaridad	124
Gráfica 64.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por asistencia escolar	125
Gráfica 65.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por tipo de familia	125
Gráfica 66.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por indicadores de salud	126
Gráfica 67.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por indicadores de salud: síntomas	126
Gráfica 68.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por indicadores asociados al afecto	127
Gráfica 69.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por indicadores asociados a los procesos emocionales	127
Gráfica 70.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas en indicadores de estrés postraumático	128
Gráfica 71.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas: capacidad de vínculo	129
Gráfica 72.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas en indicadores de desarrollo integral	129
Gráfica 73.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas en indicadores de resiliencia	130
Gráfica 74.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas en indicadores de procesos de juicio moral	130
Gráfica 75.	Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas en indicadores de comportamiento prosocial	131
Gráfica 76.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de salud: síntomas en desvinculados	131
Gráfica 77.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de salud, otros indicadores: desvinculados	132
Gráfica 78.	Comparación de resultados por sexo para indicadores asociados al afecto en desvinculados	132
Gráfica 79.	Comparación de resultados por sexo para indicadores asociados a los procesos emocionales internos y externos en desvinculados	133
Gráfica 80.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de desarrollo integral en desvinculados	133
Gráfica 81.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de procesos de juicio moral en desvinculados	134
Gráfica 82.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de comportamiento prosocial en desvinculados	134
Gráfica 83.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de salud: síntomas en desplazados	134
Gráfica 84.	Comparación de resultados por sexo para indicadores asociados a los procesos emocionales internos y externos en desplazados	135
Gráfica 85.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de estrés postraumático en desplazados	135
Gráfica 86.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de capacidad vincular en desplazados	136
Gráfica 87.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de desarrollo integral en desplazados	136
Gráfica 88.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de comportamiento prosocial en desplazados	137
Gráfica 89.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de salud, otros indicadores en huérfanos	137
Gráfica 90.	Comparación de resultados por sexo para indicadores asociados al afecto en huérfanos	138
Gráfica 91.	Comparación de resultados por sexo para indicadores asociados a los procesos emocionales internos y externos en huérfanos	138
Gráfica 92.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de estrés postraumático en huérfanos	139
Gráfica 93.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de capacidad vincular en huérfanos	139
Gráfica 94.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de resiliencia en huérfanos	139
Gráfica 95.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de procesos de juicio moral en huérfanos	140
Gráfica 96.	Comparación de resultados por sexo para indicadores de comportamiento prosocial en huérfanos	140

Gráfica 97.	Datos descriptivos para acumulación	141
Gráfica 98.	Indicadores de salud física por acumulación	141
Gráfica 99.	Indicadores asociados al afecto por acumulación	142
Gráfica 100.	Indicadores asociados a los procesos internalizantes y externalizantes	142
Gráfica 101.	Indicadores asociados al estrés postraumático por acumulación	143
Gráfica 102.	Indicadores asociados a procesos de juicio moral por acumulación	143
Gráfica 103.	Indicadores asociados a la resiliencia por acumulación	144
Gráfica 104.	Indicadores de conductas prosociales por acumulación	144
Gráfica 105.	Estado de salud física de los niños, niñas o adolescentes desplazados	145
Gráfica 106.	Indicadores asociados al afecto en niños, niñas o adolescentes desplazados	146
Gráfica 107.	Procesos emocionales internos y externos en niños, niñas o adolescentes	147
Gráfica 108.	Indicadores de estrés postraumático	148
Gráfica 109.	Capacidad de vínculo	148
Gráfica 110.	Desarrollo integral	149
Gráfica 111.	Resiliencia	149
Gráfica 112.	Indicadores de juicio moral	150
Gráfica 113.	Empatía	150
Gráfica 114.	Comportamiento prosocial	151
Gráfica 115.	Características de salud de niños, niñas o adolescentes desvinculados por modalidad de atención recibida	151
Gráfica 116.	Indicadores asociados al afecto en niños, niñas o adolescentes desvinculados de acuerdo con la modalidad de atención	152
Gráfica 117.	Los procesos emocionales internos y externos también presentaron variaciones en los niños, niñas o adolescentes desvinculados de acuerdo con la modalidad de atención	153
Gráfica 118.	Indicadores de estrés postraumático en niños, niñas o adolescentes desvinculados según modalidad de atención	153
Gráfica 119.	Capacidad de vínculo en los niños, niñas o adolescentes desvinculados de acuerdo con la modalidad de atención	154
Gráfica 120.	Indicadores de desarrollo integral en niños, niñas o adolescentes desvinculados de acuerdo con la modalidad de atención	154
Gráfica 121.	Resiliencia en los niños, niñas o adolescentes desvinculados de acuerdo con la modalidad de atención	155
Gráfica 122.	Indicadores de juicio moral en niños, niñas o adolescentes desvinculados de acuerdo con la modalidad de atención	156
Gráfica 123.	Empatía en niños, niñas o adolescentes desvinculados por modalidad de atención	156
Gráfica 124.	Comportamiento prosocial en niños, niñas y adolescentes desvinculados por modalidad de atención	157

## ABREVIATURAS

<b>AEI</b>	Artefacto Explosivo Improvisado
<b>AUC</b>	Autodefensas Unidas de Colombia
<b>BACRIM</b>	Bandas Criminales emergentes
<b>CBCL</b>	Child Behavior Check List
<b>CDIH</b>	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
<b>CDS</b>	Children Depression Scale
<b>CNMH</b>	Centro Nacional de Memoria Histórica
<b>CNRR</b>	Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación
<b>CONPES</b>	Consejo Nacional de Política Social
<b>DNP</b>	Departamento Nacional de Planeación
<b>DSM-V</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales – Quinta Edición
<b>DSM – IV – TR</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Cuarta Edición Revisada
<b>ENDS</b>	Encuesta Nacional en Demografía y Salud
<b>FARC</b>	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (Ejército Popular)
<b>GAI</b>	Grupo Armado Ilegal
<b>GAOML</b>	Grupo Armado Organizado al Margen de la Ley
<b>ICBF</b>	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
<b>IDMC</b>	Internal Displacement Monitoring Center
<b>LCMM</b>	Landmines and Cluster Munition Monitor
<b>MAP</b>	Minas Antipersonal
<b>MIAP</b>	Modelo Integrado de Atención Psicosocial
<b>MUSE</b>	Municiones Sin Explotar
<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PAICMA</b>	Programa de Acción Integral Contra Minas Antipersonal
<b>RNI</b>	Red Nacional de Información para las víctimas
<b>RUV</b>	Registro Único de Víctimas
<b>SIRDEC</b>	Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - Instituto Nacional de Medicina Legal
<b>SNARIV</b>	Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas
<b>TD</b>	Total Depresivo
<b>TDAH</b>	Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad
<b>TDM</b>	Trastorno Depresivo Mayor
<b>TEPT</b>	Trastorno por Estrés Postraumático
<b>TP</b>	Total Positivo
<b>UARIV</b>	Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas
<b>UNICEF</b>	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
<b>USAID</b>	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
<b>UNHCR</b>	United Nations High Commissioner for Refugees
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana

# PRESENTACIÓN

El conflicto armado en Colombia ha tenido efectos devastadores en la población civil y en especial en los niños, niñas y adolescentes. Estos daños a la niñez se traducen en consecuencias e impactos en las diferentes áreas del desarrollo y en particular en la dimensión psicosocial, pero hasta ahora, este impacto no se había estudiado ampliamente en Colombia.

Por tal motivo el ICBF, con el apoyo de la OIM y de UNICEF, llevó a cabo una investigación para determinar los impactos de las experiencias potencialmente traumáticas que constituyen cada uno de los hechos victimizantes a los que son expuestos los niños en el conflicto armado.

Con una metodología mixta se compararon indicadores psicosociales de grupos de niños, niñas y adolescentes víctimas con los mismos indicadores de un grupo de niños que no han sido víctimas de tales hechos victimizantes. Los resultados cuantitativos y cualitativos de esta investigación son los que hoy presentamos en esta publicación.

La investigación tuvo como fin cuantificar algunos efectos de los hechos victimizantes y avanzar en la comprensión de sus impactos en el desarrollo y funcionamiento psicosocial de niños, niñas y adolescentes víctimas de reclutamiento ilícito, desplazamiento forzado, orfandad por conflicto armado, violencia sexual en el marco del conflicto, minas antipersonal (MAP-Muse-AEI), desaparición forzada y secuestro.

Esta necesidad de conocer los impactos en el estado psicosocial se enfatiza en la Ley 1448 de 2011, conocida como la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras. Específicamente, en el Título VII de la ley, en lo que compete a la medida de rehabilitación, se plantea que se debe acompañar el proceso de recuperación emocional de niños, niñas y adolescentes víctimas a través de los programas de atención psicosocial y de igual manera contribuir a la reparación integral de esta población víctima del conflicto armado. Estos programas deben estar centrados en las necesidades psicosociales de los niños, niñas y adolescentes y es una competencia del ICBF, por lo que el conocimiento generado por este estudio es una ventaja para las instituciones encargadas de la implementación de la Ley.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) viene desarrollando desde hace 15 años el Programa Especializado para niños, niñas y adolescentes que se desvinculan de grupos armados organizados al margen de la ley, así como programas de atención dirigidos a niñez víctima de otros hechos generados por acciones bélicas y atentados terroristas en el marco del conflicto armado. Adicionalmente, el ICBF ha venido implementando el servicio de atención integral a las víctimas de desplazamiento forzado y sus grupos familiares, con un enfoque psicosocial, el cual ha mostrado avances y coberturas importantes en todo el territorio nacional, la información y los resultados que arroja esta investigación son de gran utilidad para el fortalecimiento de estos programas.

Considerando el papel de la cooperación internacional de dar asistencia técnica y financiera para contribuir al estado colombiano y teniendo en cuenta el requerimiento de la Ley 1448, se aunaron esfuerzos entre el ICBF, UNICEF y la OIM para lograr el objetivo de obtener información y conocimiento sobre el impacto del conflicto armado en el estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes de una manera rigurosa y científica.

Esperamos que estos resultados contribuyan no sólo a dar claridad sobre las necesidades psicosociales de la niñez y juventud que ha sido víctima del conflicto, sino que también den elementos para la atención psicosocial especializada según el hecho victimizante, con enfoque diferencial, ya que en el estudio se hace énfasis en las diferencias de los impactos para cada tipo de victimización, así como en las diferencias entre los niños y las niñas, y entre los grupos étnicos estudiados.

Estudios como este adquirirán mayor relevancia en la medida que contribuyan a la generación de criterios y guías de valoración y atención psicosocial para niños, niñas y adolescentes, basadas en la evidencia que sustente la política pública.

**Cristina Plazas Michelsen**  
**Directora General**  
**Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**

**Roberto de Bernardi**  
**Representante**  
**Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia**  
**Unicef**

**Marcelo Pisani**  
**Jefe de Misión**  
**Organización Internacional para las Migraciones – OIM**  
**Misión en Colombia**

# RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo de la investigación fue determinar el estado psicosocial actual de niños, niñas y adolescentes dentro del contexto del conflicto armado colombiano, así como las consecuencias, impactos y daños relacionados con cada hecho victimizante con un enfoque diferencial.

Este estudio surge como respuesta a los requerimientos de la Ley 1448 de 2011 en materia de atención psicosocial, así como a la recomendación número 9 del Conpes 3726 del 30 de mayo de 2012, "Lineamientos, plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismo de seguimiento para el Plan nacional de atención y reparación integral a las víctimas", en el cual se solicita superar los vacíos en la información oficial relativa a las afectaciones de los grupos de poblaciones con enfoque diferencial, justificándose precisamente en que existe un vacío en el conocimiento sobre el estado psicosocial de niños, niñas y adolescentes en el marco del conflicto armado colombiano. El estudio fue realizado con el apoyo técnico y financiero de Unicef (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) y OIM (Organización Internacional para las Migraciones), así como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Los resultados de este estudio pretenden ser un insumo para la definición de lineamientos de política, acciones y guías que complementen la atención psicosocial que han venido recibiendo niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados por las acciones propias de la guerra.

Esta investigación se realizó utilizando un diseño mixto paralelo. Mixto, porque combina tanto datos cuantitativos como cualitativos, y paralelo, porque la recolección de estos se realizó durante el mismo periodo. Los estudios mixtos o

multimétodo tienen la ventaja de utilizar técnicas y estrategias cualitativas y cuantitativas en un mismo contexto con un mismo grupo de participantes, lo cual permite un mayor acercamiento a la realidad. Esto facilita la obtención de datos objetivos como la prevalencia de un fenómeno, y la percepción del fenómeno por quienes se ven afectados por él.

La muestra estuvo conformada por un total de 1666 niños, niñas y adolescentes, de los cuales 986 son víctimas del conflicto armado y 680 no lo son. Estos últimos conformaron el grupo de referencia o control. Para garantizar la perspectiva del enfoque diferencial, se contó con la participación de niños y niñas, indígenas y afrodescendientes, y se tuvieron en cuenta dos grupos de edad, de 8 a 11 y de 12 a 18 años. El promedio de escolaridad de la muestra fue quinto de primaria. Se tomaron muestras independientes para cada tipo de exposición al conflicto: desvinculados, víctimas de minas antipersonal, huérfanos, desplazados y víctimas de violencia sexual.

Uno de los objetivos específicos del estudio fue establecer la magnitud de hechos victimizantes a partir de análisis de registros que sobre estos hechos victimizantes tiene el ICBF. Para el caso de secuestro, la base de datos fue suministrada por el Ministerio de Defensa Nacional - Dirección de Estudios estratégicos.

Los registros sobre desplazamiento forzado muestran que en un 22 % de los casos ocurre también despojo de tierras, y en un 58 %, los niños, niñas y adolescentes deben salir de sus lugares de origen por amenazas directas a su vida e integridad.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes desvinculados, los registros muestran que estos se desvinculan de grupos como las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), las bandas criminales (bacrim), el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (Farc), siendo la mayoría procedentes de este último grupo.

Dependiendo del grupo, estos niños tienen características diferenciales. Los que provienen de las AUC son niños que reciben con menor frecuencia atención familiar, y son atendidos por servicios en hogar gestor u hogar sustituto con mayor frecuencia. Igualmente, se han desmovilizado hace más tiempo. Tienden a una escolaridad más alta al compararlos con los niños, niñas y adolescentes desvinculados de otros grupos. Los niños desvinculados de las Bacrim permanecen por mayor tiempo en los programas del ICBF, tienen menor atención familiar y son con menor frecuencia de etnia indígena.

Los desvinculados del ELN son con mayor frecuencia de sexo femenino, tienen menor escolaridad que los demás y pertenecen casi siempre a minorías (afrocolombianos e indígenas).

Finalmente, los desvinculados de las Farc son con mayor frecuencia de sexo masculino y tienen una escolaridad más alta que otros grupos que han permanecido mayor tiempo en el grupo armado.

De acuerdo con los registros del ICBF, los departamentos del país con mayores tasas de reclutamiento por cada 100.000 habitantes son Arauca (143,9), Caquetá (255), Casanare (144,7), Guainía (100,1), Guaviare (173,9), Meta (124), Putumayo (146) y Vaupés (186,8). Las edades en las que generalmente los niños se desvinculan oscilan entre 15 y 17 años. Estos datos según registros del ICBF.

En relación con los registros de huérfanos, estos revelan que sus principales departamentos de origen son Nariño, Casanare y Antioquia, y un porcentaje significativo pertenece a los grupos étnicos, afrodescendiente (14 %) e indígena (39 %). Es importante señalar que en el 75 % de los casos se encontró que los padres de estos niños eran propietarios de tierras.

Por otra parte, las víctimas de minas antipersonal son en su mayoría niños (67 %) y, por lo general, de acuerdo con los registros, estos casos ocurren en zonas rurales. El 22 % de los afectados por este fenómeno sufrió amputaciones de miembros, y el 16 % perdió algún ojo o la visión. En algunos casos, la persona que acompañaba al niño falleció.

El registro administrativo sobre secuestro fue suministrado para la investigación por el Ministerio de Defensa. Estos datos muestran que, en general, la distribución por sexo es homogénea y las edades de mayor ocurrencia son 16 y 17 años y niños menores de 1 año. Los lugares donde se presenta con frecuencia este fenómeno son Antioquia, Bogotá, Bolívar, Cesar, Cundinamarca, Huila, Meta, Santander y Valle.

Del total de secuestros que constan en el registro del Ministerio de Defensa, el 23,4 % fueron perpetrados por grupos armados en el marco del conflicto colombiano, el 3,8 % por las AUC, el 0,2 % por las Bacrim, el 1,5 % por los grupos disidentes, el 6,3 % por el ELN y el 11,6 % por las Farc, con el porcentaje más alto de secuestros entre los grupos insurgentes.

Cuando los secuestros son realizados por grupos armados al margen de la ley, las víctimas son niños, niñas y adolescentes de más edad, los rescates se producen en una menor proporción, el tiempo en cautiverio es menor, casi nunca tienen una finalidad económica, hay mayor número de muertes en cautiverio y ocurren en mayor proporción en zonas urbanas.

Por otra parte, la recolección de datos en el marco de esta investigación permitió establecer una serie de diferencias entre los niños, niñas y adolescentes que han estado expuestos al conflicto y los que no. A continuación se presentan algunos de los principales resultados que se obtuvieron a partir de la recolección de la información cuantitativa del estudio.

En general, los niños, niñas y adolescentes víctimas presentan un mayor impacto en los indicadores psicosociales asociados al afecto, así como en indicadores comportamentales frente a los niños que no son víctimas del conflicto. Estos niños tienen más dificultades para hacer uso constructivo del tiempo y perciben menor apoyo de su medio externo. En particular los desplazados, además, tienen menos resiliencia específicamente los grupos étnicos.

En cuanto a la parte física, se encontraron diferencias en los índices de masa corporal entre ambos grupos y mayor reporte de síntomas físicos por los niños que han sido víctimas.

Los resultados muestran que los niños desplazados presentan problemas en el ámbito afectivo, pero se diferencian de los desvinculados en que no muestran sentimientos de culpa en los indicadores psicosociales. Los desvinculados, por su parte, presentan más comportamientos infractores y agresivos que los desplazados. Los niños, niñas y adolescentes desplazados

presentan mayores indicadores de retraimiento, quejas somáticas, ansiedad y problemas de atención, en comparación con la población general.

En general, los desplazados tienen un nivel más bajo de escolaridad frente a los demás niños. Muestran mayores dificultades emocionales en particular en la respuesta afectiva y menos comportamientos prosociales. Perciben tener menos salud y tienen índices de masa corporal más bajos. En el caso de los desvinculados, también presentan bajos niveles de escolaridad, viven con menor frecuencia con sus padres y tienen mayores puntajes en procesos internalizantes. Esto significa que muestran tendencia a encubrir sus dificultades emocionales y se reflejan en ansiedad. Sus índices de masa corporal son más altos e informan mayor existencia de cicatrices.

Por otra parte, muestran problemas con el juicio moral, en lo que respecta a no asumir responsabilidad sobre sus actos. tanto desplazados como desvinculados no muestran diferencia en la variable *Empatía* pero si en la capacidad de vínculo, y ambos grupos muestran indicadores de estrés postraumático.

En relación con la violencia sexual, los resultados permiten afirmar que los niños que han sufrido este hecho victimizante se encuentran afectados en su ámbito afectivo, particularmente en la capacidad de sentir alegría. Muestran también dificultades para establecer vínculos con sus padres y amigos y para hacer uso constructivo del tiempo, pero lo más característico es que se ven afectados en su identidad.

En el caso de los huérfanos, cuando lo son de madre, estos niños, niñas y adolescentes tienen una mayor tendencia a la depresión y a la ansiedad, que pueden presentarse a nivel moderado y alto, con riesgo clínico. Tienden también a la preocupación, a presentar mayores sentimientos de culpa

y a tener más dificultades en su estado de ánimo y en la regulación del afecto. Estos niños parecen presentar también más problemas de atención y concentración, y muestran dificultad para vincularse afectivamente con sus padres sustitutos y con amigos.

Los niños, niñas y adolescentes huérfanos presentan dificultades en el proceso de juicio moral en indicadores como la justificación moral de sus acciones, el lenguaje eufemístico, la distorsión de las consecuencias y la atribución de la culpa. Además, presentan dificultades importantes en competencias sociales como ayudar a otros, tener confianza en otros y ser simpáticos.

Los niños víctimas de minas antipersonal tienen niveles de escolaridad más bajos, estudian menos en la actualidad. Adicionalmente, tienen menores puntajes en la percepción del estado de salud y refieren con mayor frecuencia cicatrices.

Finalmente, en relación con el grupo étnico, los resultados muestran que los niños, niñas y adolescentes afrocolombianos tienen menores puntajes en lo relacionado con el afecto positivo y presentan un mayor índice de masa corporal.

Los indígenas presentan un puntaje menor en los indicadores psicosociales de procesos externalizantes, como la agresión y ruptura de normas, y presentan menores puntajes en empatía y resiliencia.

A partir de estos resultados, se pretende generar acciones que permitan una adecuada atención psicosocial y en salud a estos niños, teniendo en cuenta las diferencias por tipo de hecho victimizante, por ciclo de vida y condición étnica.



# CAPÍTULO I

---

## INTRODUCCIÓN



# INTRODUCCIÓN

El bienestar psicosocial de los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas en los conflictos armados es un tema de interés mundial que ha venido generando diferentes respuestas y normativas a nivel internacional, que se reflejan en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, ratificada en Colombia y contemplada en el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006).

El conflicto armado que ha sufrido el país en las últimas seis décadas ha afectado la sociedad civil, la institucionalidad y la población en general. El impacto del conflicto en Colombia, como en todos los países donde ocurren este tipo de guerras, afecta principalmente a las mujeres y los niños, y en estos últimos el efecto puede llegar a ser devastador.

Según el Grupo de Memoria Histórica (2013), el conflicto armado colombiano es uno de los más violentos de los que se han vivido en América Latina. En este mismo informe se afirma que entre el 1 de enero de 1958 y el 31 de diciembre de 2012, 220.000 personas han muerto en el país. Es importante tener en cuenta que en un conflicto armado no solo cuenta el número de víctimas sino también los hechos victimizantes que han ocurrido y cómo han afectado a la población.

Colombia, ha pasado, por varias décadas de conflicto armado interno cada vez más complejo, escalonado y crecientemente degradado. Las guerras han sido, en toda la historia de la humanidad, un fenómeno presente en los esfuerzos por construir sociedad, cultura, nación y Estado, por esto, articulan una multiplicidad de causas e intereses económicos, políticos, geoestratégicos de diverso tipo, con

imaginarios, construcciones culturales y simbólicas que se argumentan para validar el recurso de la violencia como medio de resolver los problemas del poder y la dominación. Teniendo en cuenta lo anterior, González (2001) plantea que una característica del conflicto interno en Colombia es la multiplicidad de actores involucrados y la dispersión de la violencia. Es una guerra irregular de larga duración, multipolar y muy diferenciada regionalmente. Los crímenes cometidos contra los niños, niñas y adolescentes en las guerras tienen implicaciones de diversa índole, no solo morales, legales y éticas, sino económicas y políticas, en tanto que atentan contra el capital humano de un país y, por ende, contra su desarrollo.

Hechos como los desplazamientos, la desaparición forzada, las masacres, los asesinatos selectivos entre otros, ocasionan daños e impactos que afectan la integridad de las víctimas. En el informe del Centro Nacional de Memoria Histórica se menciona que como consecuencia de los hechos victimizantes se deterioran las relaciones y la salud física, las pérdidas económicas generan inestabilidad emocional y los impactos colectivos y el daño a las redes sociales y comunitarias afectan las posibilidades y capacidades individuales (CNMH, 2013).

De acuerdo con Unicef (2013), "un conflicto armado es una situación de violencia sistemática que crea riesgos claros e indiscutibles para todas los niños, niñas y adolescentes. Los afecta de manera indiscriminada y los expone a las más terribles formas de vulneración de derechos, como el desplazamiento forzado, el secuestro, la desaparición forzada, las amputaciones o mutilaciones por accidentes con

minas antipersonal y municiones sin explotar, la orfandad, la explotación sexual, la utilización, el reclutamiento ilícito y la muerte..." (p.12).

Dentro del conflicto armado colombiano se han presentado múltiples hechos victimizantes contra los niños, niñas y adolescentes, que los han afectado de forma diferencial y tienen consecuencias en su desarrollo y su salud mental, asunto que es el propósito de este estudio. Los hechos victimizantes estudiados en la presente investigación son el reclutamiento ilícito, el desplazamiento, la orfandad, la violencia sexual, el secuestro, la desaparición forzada y las minas antipersonal (MAP, Muse, AEI).

En relación con la violencia en general, incluyendo la generada en el conflicto armado, se estima que alrededor de un millón de niños y adolescentes mueren cada año por causa de traumatismos y de situaciones violentas (OMS, 2000). Los niños, niñas y adolescentes experimentan muchas de sus formas, como el abuso físico, el abuso sexual, la violencia doméstica y la inclusión en el conflicto armado (Krug, Mercy, Dahlberg y Zwi, 2002; Organization, 2002; United Nations Children's Fund Unicef, 2012). Por esto que existe la necesidad de tener información y conocimiento más preciso sobre estos impactos en el desarrollo y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes por lo que en muchos países se han realizado investigaciones que han tenido como objetivo analizar estos impactos.

Los estudios que han mostrado las consecuencias del conflicto armado en niños, niñas y adolescentes se han llevado básicamente en poblaciones de refugiados y de desvinculados (Betancourt y Kanver Than, 2008). La American Psychological Association (2010) definió un grupo de expertos para revisar todos los avances en el conocimiento en relación con los impactos y consecuencias de las guerras en los niños, niñas y adolescentes y sus familias. Este estudio encuentra que la investigación en el área es bastante limitada y que aún no se conocen con precisión los impactos de las guerras, en particular, en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.

Por otro lado, según los expertos es urgente llevar a cabo estudios rigurosos y sistemáticos que permitan aproximarse a la problemática desde las metodologías mixtas, es decir, desde lo cuantitativo y lo cualitativo. Así mismo, establecen que es pertinente abordar dichas investigaciones desde el modelo ecológico, que permite identificar la relación entre los diferentes factores que explican y predicen los impactos de la guerra en los niños y sus familias.

Este grupo señala la importancia de ir más allá de los estudios transversales para lograr estudios longitudinales que faciliten la identificación de los cambios, no solo por ocasión de los hechos victimizantes, sino también de los programas que los niños, niñas y adolescentes reciban. En los estudios es importante tener en cuenta el papel de la cultura y de diferentes factores asociados con la resiliencia y la capacidad de afrontamiento en los niños, niñas y adolescentes (American Psychological Association, 2010).

Si bien es cierto que las evidencias científicas muestran las consecuencias en el desarrollo psicológico y social, los impactos más evidentes se dan en el bienestar y en la salud mental. Los eventos adversos se consolidan en una dinámica particular que trazan un panorama complejo de factores que interfieren con un proceso de desarrollo adecuado. Esas discontinuidades o interferencias en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes contribuyen a perfilar unos riesgos que se vuelven permanentes y que aumentan la probabilidad de la ocurrencia de problemas psicológicos y de trastornos psicopatológicos durante el transcurso de la vida (Cicchetti, 2004), debido a que hacen el tránsito del sufrimiento que ocasiona la guerra hacia cuadros y problemáticas psicosociales más profundas.

Teniendo en cuenta los impactos que ocasiona la guerra en las personas y en particular en los niños, niñas y adolescentes, en 2011 se sancionó la Ley 1448, denominada Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y otras disposiciones. A la luz de esta normativa, los niños, niñas y adolescentes no solo son sujetos de restablecimiento de derechos sino de la reparación integral por aquellos hechos que hayan ocasionado su condición de victimización. Para lograr este compromiso, es indispensable conocer las consecuencias, impactos y daños que presentan niños, niñas y adolescentes que han sido expuestos al conflicto, lo cual no es un proceso sencillo, ya que no ha sido el mismo para todas las víctimas, al igual que la respuesta ante los hechos.

Más específicamente, el Título IV de la Ley 1448 menciona las competencias del Sistema Nacional de Bienestar Familiar en cuanto la implementación de la ley, y el Título VII da cuenta de la protección integral de los niños, niñas y adolescentes. Menciona que la rehabilitación es parte de la reparación integral de la que deben ser objeto. De igual manera, en el decreto reglamentario se especifican acciones y programas orientados a la reparación integral. Por su parte, el Conpes 3726 enfatiza en que los derechos de los niños, niñas y adolescentes deben prevalecer, ya que en el conflicto

armado fueron víctimas de graves violaciones a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario, por lo que el componente psicosocial debe ser transversal en la atención a fin de lograr su recuperación y reparación integral. En este sentido es conveniente tener conocimiento preciso sobre las consecuencias e impactos que estos hechos han tenido en los niños, niñas y adolescentes, en dónde debe centrarse la reparación integral y cómo orientar la rehabilitación psicosocial y en salud mental.

Con la necesidad de conocer el estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas del conflicto armado se realizó el presente estudio, teniendo en cuenta no solo las experiencias internacionales sino el recorrido que la OIM, Unicef y el ICBF tienen en relación con los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto.

Adicionalmente, la tendencia actual es que las políticas se desarrollen basándose en la evidencia para garantizar que las decisiones tanto en los lineamientos como en los programas y acciones se fundamenten en el conocimiento producto de metodologías sistemáticas. Lo anterior pone de presente la importancia de este estudio. Sacar conclusiones equivocadas para definir la política pública, los lineamientos de acción y los programas de atención puede ocasionar daños mayores a las poblaciones afectadas. Por eso, es importante incluir formas de evaluación psicosocial de los impactos, por ejemplo, de la discriminación en las personas afectadas, así como establecer formas de apoyo y acompañamiento que ayuden a revertir sus efectos negativos (Beristain, 2010).

En este sentido, es necesario conocer de primera mano cuales son las necesidades psicosociales de los niños, niñas y adolescentes para implementar programas de atención más acordes a estas condiciones y fortalecer la política pública en materia de atención. Es así como se planteó la investigación que hoy se presenta, cuyo objetivo principal fue determinar las consecuencias e impactos de los diferentes hechos victimizantes en el estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes.

Desde la perspectiva del desarrollo, teniendo como premisa el hecho que las experiencias adversas y los ambientes violentos interfieren con la evolución de los seres humanos, en este estudio se analizan las consecuencias y los impactos que tienen en las diferentes dimensiones del desarrollo de niños, niñas y adolescentes los hechos victimizantes a los que están expuestos en un conflicto armado.

Teniendo como fundamentos conceptuales posturas integrales del desarrollo (Rutter y Sroufe, 2000) los planteamientos del modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1979) y los principios básicos del enfoque psicosocial (OIM, 2011; ICBF, 2013), se revisaron algunas evidencias empíricas sobre los impactos en el estado psicosocial y la salud mental de niños, niñas y adolescentes que han estado en contextos de guerra. Adicionalmente se profundizó en la relación con algunos de los hechos victimizantes que se han documentado como es el reclutamiento ilícito y el desplazamiento de niños, niñas y adolescentes.

En este estudio mixto cuantitativo, de tipo retrospectivo y por cohortes, con estimativos de prevalencias y cualitativo a partir de análisis de contenido complementario se definieron como variables de análisis las características demográficas y algunas condiciones relacionadas con los programas en los cuales los niños, niñas y adolescentes reciben atención. Así mismo se identificó la relación de estas variables sociodemográficas con las diferentes categorías, tanto de salud como psicosociales en las cuales se centró el estudio.

En las características demográficas se incluyeron la edad, el sexo, la etnia entre otras y entre las variables psicosociales se incluyeron los indicadores asociados al afecto, a los problemas emocionales internos y externos incluyendo el estrés postraumático, la ansiedad y la conducta agresiva, indicadores de desarrollo y ajuste, la capacidad de vínculo, la capacidad de resiliencia, el comportamiento prosocial, la empatía y el juicio moral entendido bajo el constructo de desentendimiento moral.

La investigación se llevó a cabo con una muestra de 1666 niños, niñas y adolescentes correspondientes a 986 víctimas y 680 no víctimas, quienes se encontraban adscritos a algunos de los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en particular los niños, niñas y adolescentes víctimas y algunos no víctimas. Una proporción de la muestra de niños no víctimas se seleccionaron de algunas instituciones educativas. A todos se les aplicó una serie de instrumentos validados y se llevaron a cabo estrategias cualitativas particularmente entrevistas y talleres guiados con los niños, niñas y adolescentes. En general, se encontraron diferencias significativas entre los grupos punto por enfatizar es el concepto de acumulación.

## 1.1 Antecedentes y justificación

Las guerras afectan la vida de niños, niñas y adolescentes de una manera dramática en el mundo entero, ya que los eventos a los que se exponen interfieren con el bienestar y el proceso de desarrollo. En 2006, Unicef reportó dos millones de niños asesinados, seis millones en situación de discapacidad, 20 millones sin hogar y sin familia, y un millón de niños huérfanos a causa de los conflictos armados en los últimos diez años (Betancourt y Tanveer Khan, 2008).

Por varias décadas, niños, niñas y adolescentes han estado expuestos a diferentes situaciones de guerra en el mundo entero, particularmente en países del Medio Oriente y África. La exposición a la guerra es una experiencia potencialmente traumática que puede producir consecuencias determinadas en diferentes áreas del desarrollo, en el bienestar psicológico y en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. La exposición a eventos traumáticos puede dar como resultado problemas en el comportamiento, las emociones y el funcionamiento físico y psicológico de niños, niñas y adolescentes. En el contexto internacional se han realizado múltiples esfuerzos para proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes (ver anexo 1).

En una revisión sistemática, realizada por Dimitry en 2011, analizando investigaciones desarrolladas en Israel, Palestina, Líbano e Iraq sobre el impacto de la guerra en la salud mental de niños, niñas y adolescentes que viven en área de conflicto armado, se encontró que la mayoría de los problemas mencionados y los efectos de la guerra en niños, niñas y adolescentes están relacionados con el contexto cultural como un mediador de estos impactos.

Uno de los hallazgos más importantes es que niños, niñas y adolescentes que viven en zonas de conflicto están expuestos a altos niveles de experiencias traumáticas. En los grupos estudiados, la prevalencia del estrés postraumático en niños, niñas y adolescentes fue de 5 % a 8 %, en Israel; de 23 % a 70 %, en Palestina, y de 10 % a 30 % en Iraq. Los datos correspondientes a Líbano no fueron lo suficientemente específicos para sacar estos estimativos. Es importante anotar que los factores determinantes que se relacionan con las consecuencias y los impactos tienen que ver con el nivel y el tipo de exposición, la edad, el sexo, los recursos socioeconómicos, el apoyo social, las creencias religiosas y las condiciones espirituales (Dimitry, 2011).

El efecto de la guerra en niños debe analizarse por tipos y niveles de exposición. Si bien cualquier exposición puede tener efectos particulares, se considera que existen diferencias teniendo en cuenta la modalidad de la exposición, directa o indirecta. Las consecuencias e impactos que se pueden presentar probablemente se relacionan con la cantidad de situaciones y experiencias traumáticas a las que niños, niñas y adolescentes se enfrentan en un conflicto armado. El cambio de patrones de comportamiento y la transformación en los imaginarios sociales son elementos que deben ser documentados con mayor profundidad. Es evidente que las guerras se han dado en diferentes países y contextos en los cuales niños, niñas y adolescentes están presentes. En algunos países se han documentado los efectos que estos eventos tienen en este segmento de la población. En Colombia, el conflicto de igual manera ha afectado a niños, niñas y adolescentes; y por lo tanto es importante tener precisiones en cuanto a las áreas en las que se ven afectados.

Winkler (2011)<sup>1</sup>, quien asistió al gobierno colombiano en respuesta a las sentencias de Justicia y Paz y como consejera técnica de la organización humanitaria Vivo Internacional, con base en su experiencia y los estudios realizados en Congo y Sudán del Sur con niños, niñas y adolescentes reclutados ilegalmente en el marco de conflictos armados internos de los dos países africanos, manifiesta que las consecuencias de la exposición al trauma de la guerra se ven reflejadas principalmente en estrés postraumático, la alteración de procesos cognoscitivos, problemas afectivos, presencia de adicciones, hiperexcitación, irritabilidad y confusión en los dilemas morales. Las consecuencias en las áreas del desarrollo se pueden dar a corto, mediano y largo plazo.

En Colombia, los hechos victimizantes reconocidos por la Ley 1448 y a los que se han visto expuestos niños, niñas y adolescentes en el conflicto armado son el reclutamiento forzado, la violencia sexual en ese mismo contexto, el desplazamiento forzado masivo e individual, la orfandad cuando los padres han sido víctimas de homicidios o de desaparición forzada en el conflicto armado, las minas antipersonal y las municiones y artefactos sin explotar (MAP, Muse, AEI), el secuestro, la desaparición forzada, la pérdida de bienes e inmuebles, el homicidio, la tortura, el abandono despojo de tierras, los actos terroristas, atentados, combates hostigamiento y las amenazas. Esta exposición se ha dado de forma directa o indirecta pero las consecuencias e impactos son devastadoras en cualquiera de los dos casos.

1. Winkler, N. (2011) Comunicación personal. Notas del grupo de trabajo OIM.

En general, el conflicto armado en Colombia ha ocasionado que la población haya sido víctima de innumerables vulneraciones a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario (DIH), en particular en niños, niñas y adolescentes. Según la Red Nacional de Información (RNI), para agosto de 2014 se registra un total de 6.739.978 víctimas y un total de 7.796.660 eventos. En este reporte, se encuentra que el total de víctimas registradas son desplazamiento (5.782.092), desaparición forzada (141.177), minas antipersonal y munición/artefacto sin explotar (11.323), vinculación de niños, niñas y adolescentes (7478), tortura (8789), secuestro (35.169), homicidio (902.939), abandono o despojo forzado de la tierra (7139), acto terrorista/atentados/combatos y hostigamientos (73.135), amenazas (184.306), delitos contra la libertad y la integridad sexual 5.997, pérdida de bienes muebles e inmuebles (84.022).

Según el Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH 2013), entre 2003 y 2012 se tenía un registro de 2.729.153 personas en situación de desplazamiento, y entre 1985 y 2012 un total de 1754 víctimas de violencia sexual en el contexto del conflicto armado.

Uno de los hechos victimizantes que se ha documentado de manera sistemática es el reclutamiento forzado de niños, niñas y adolescentes por los grupos armados ilegales. La OIM ha apoyado al ICBF en la implementación del Programa de Atención Especializada a Niños Desvinculados. Los informes muestran que desde que se inició el programa en 1999 las Farc son el principal grupo armado ilegal del cual provienen niños, niñas y adolescentes que ingresan al Programa de atención especializada. Hasta el momento se han atendido un total de 5156 niños, niñas y adolescentes (ICBF, 2012). Por otra parte, desde 2007, las Bacrim, han mostrado una tendencia al incremento del reclutamiento de niños, niñas y adolescentes, pero el ELN presenta un escenario diferente, con una tendencia a la baja. De acuerdo con cifras del ICBF, los cinco departamentos donde mayores desvinculaciones se han presentado son Antioquia, Meta, Caquetá, Tolima, y Cauca. Los cinco departamentos de mayor reclutamiento son Tolima, Arauca, Putumayo, Antioquia y Valle del Cauca. Del total de la población desvinculada, el 72 % son niños y un 28 % niñas. Cerca del 71 % no superan el último grado de primaria. El 66 % se encuentra entre los 16 y 17 años y el 25 % entre los 14 y 15 años. El desplazamiento también ha sido uno de los hechos victimizantes registrados y documentados de manera sistemática y los datos que tiene el país actualmente provienen del registro único de víctimas que se mencionó anteriormente.

Los otros hechos victimizantes han venido documentándose gradualmente. Es importante anotar que hay avances importantes en el país y en la institucionalidad en materia de registros y estadísticas nacionales en este aspecto aunque aún hay indicadores que deben ser integrados. En el Plan Nacional de atención y reparación a víctimas (2012) se menciona que "en la actualidad, 264 niños, niñas y adolescentes huérfanos son atendidos bajo diferentes modalidades de protección por el ICBF. De estos, el 20 % son hijos de padres o madres desaparecidos y 80 % corresponden a hijos de padres o madres asesinados. Los departamentos con mayor concentración de niños y niñas huérfanos son Casanare (25 %) y Nariño (50 %). Los sistemas de información existentes no permiten discriminar con exactitud cuántas personas han sido víctimas de desaparición forzada con ocasión del conflicto armado y de estas cuántas son menores de edad. Desde 2006, la Fiscalía General ha encontrado en sepulturas clandestinas cadáveres de 109 niños. El Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres (Sirdec) reportó 2793 menores de edad desaparecidos para el 2010 y 3.356 para el 2011. En relación con el secuestro, de acuerdo con la información de Fondelibertad, desde 1996 un total de 2.783 niños han sido secuestrados. De estos casos, cerca del 22 % han sido 17 perpetrados por grupos armados ilegales, siendo las Farc y el ELN quienes con mayor frecuencia cometen este delito. El Programa de Acción Integral contra Minas Antipersonal ha identificado a 9786 víctimas de MAP y Muse, de las cuales el 10 % corresponden a niños, niñas y adolescentes. No obstante, se observa un incremento de víctimas menores de edad entre el 2011 y 2012, pasando de un 9 % a un 25 % del total de la población afectada. Los departamentos de mayor ocurrencia de estos hechos son Antioquia (22 %), Meta (10 %), Caquetá (8 %), Norte de Santander (7 %) y Nariño (6 %)..."

Todos estos hechos producen efectos adversos tanto en las personas como en las familias y las comunidades de diferente manera, no solo en la salud mental y el bienestar sino en la estructura y el tejido social de un país, más cuando los afectados son los niños, niñas y adolescentes. Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la preocupación del gobierno colombiano por propiciar la paz y la reconciliación, se formuló la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras (Ley 1448 de 2011) para dar respuesta a las necesidades de las víctimas y construir la paz para el país. Este marco normativo es fundamental para fortalecer la institucionalidad en un marco de justicia transicional y apoyar al país en un proceso de posconflicto.

Los niños, niñas y adolescentes víctimas tienen derecho a las medidas que comprende la reparación integral prevista en la Ley. Ello sin perjuicio al proceso de restablecimiento de derechos establecido en la Ley 1098 de 2006 a que haya lugar. El objetivo es avanzar en procesos encadenados que sumen esfuerzos de diverso orden y que generen mayores sinergias a favor de la reparación integral de esta población, atendiendo a la garantía, prevalencia e interdependencia de sus derechos desde los principios de protección integral, no discriminación, participación e interés superior del niño.

Estas competencias consideran que niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la reparación integral, y esta debe ser asumida por el Estado, en particular, por las entidades que integran el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, como el ICBF. Adicionalmente, se plantea que el comité ejecutivo, con el apoyo del ICBF, deberá diseñar los lineamientos específicos para garantizar la reparación integral de niños, niñas y adolescentes (Conpes). Así mismo se enfatiza en que los derechos de los niños, niñas y adolescentes deberán ser restablecidos de acuerdo con la Constitución Nacional, las leyes y, en particular, el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098). De otra parte, el ICBF, tomando en consideración las recomendaciones de la Comisión Nacional de Reparación y Reintegración (CNRR)<sup>2</sup> en 2011, impartirá las directrices de una política de reconciliación para que sean adoptadas por el Sistema Nacional de Bienestar Familiar. Respecto a niños, niñas y adolescentes huérfanos del conflicto armado interno, las autoridades o servidores públicos que tengan conocimiento de esta situación deben comunicarla al ICBF, para que a través del defensor de familia se inicien los trámites judiciales y administrativos orientados a la reparación integral, lo cual incluye la gestión de los encargos fiduciarios. Todo el marco normativo ha venido delimitando las acciones y competencias de las diferentes instituciones tanto en el decreto reglamentario 4800 como en el documento Conpes 3726 y en otra serie de referentes que han permitido avanzar en la implementación de la Ley 1448.

Es importante enfatizar que la Ley 1448 en el Título VII sobre "Protección Integral" a niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado señala que las medidas de reparación integral implementadas incluyan las medidas de: 1) indemnización, 2) rehabilitación, 3) satisfacción, 4) restitución y 5) garantías de no repetición las cuales serán asumidas en su conjunto por el Estado a través de las entidades competentes.

Específicamente, la medida de rehabilitación se configura como medida de reparación demanda el desarrollo de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico,

médico, psicológico y social, dirigidas al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas. En este sentido, el acompañamiento psicosocial debe ser transversal, integrando a la familia con acciones de discriminación positiva a favor de mujeres, niños, niñas y adolescentes, adulto mayor y personas en condición de discapacidad. La medida de rehabilitación se ha considerado en el marco legal desde dos frentes de acción: 1) en el marco de Justicia y Paz y 2) en la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras 1448.

En el marco de Justicia y Paz se contempla a través de diferentes acciones: a) "Priorizar" y ofrecer la atención psicosocial a niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado que hacen parte de los diferentes procesos de Justicia y Paz, en los municipios donde se encuentren. b) En las audiencias de reparación integral donde se debe presentar una adecuada documentación de los casos de niños, niñas y adolescentes víctimas, a través de metodologías interdisciplinarias (cuantitativas y cualitativas), que permitan la plena identidad de las víctimas, la plena identificación del dónde, cuándo, cómo y por qué del reclutamiento ilícito y de la desvinculación o desmovilización. c) En la aplicación y presentación de peritajes psicológicos individualizados para cada joven, en los cuales se especifique la situación del antes, del durante y del después del hecho victimizante; los daños, perjuicios y secuelas en la salud mental y física de los menores.

En la Ley de Víctimas 1448 de 2011, la medida de rehabilitación se considera en los artículos 135, 136, 183, 188, 189 y 190, en los cuales se especifican las acciones pertinentes y necesarias para dar cumplimiento a la medida de rehabilitación con fines de reparación a niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado. Las acciones que se deben desarrollar y que le competen al ICBF, según el articulado de la medida de rehabilitación son las que a continuación se describen. 1) el diseño de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigido al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas; 2) incorporar el acompañamiento psicosocial como eje transversal, donde se debe integrar a la familia y tener acciones de discriminación positiva a favor de mujeres, niños, niñas y adolescentes, adulto mayor y personas en condición de discapacidad; 3) tener en consideración que los derechos de niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados, deberán ser restablecidos mediante los procesos y mecanismos que la Constitución y las leyes, y en particular, el Código de Infancia y Adolescencia disponen para tal fin; 4) ofrecer atención a niños, niñas y adolescentes huérfanos por el conflicto, las víctimas de minas antipersonales, municiones sin explotar y artefactos explosivos improvisados,

2. Entidad que ya no hace parte de la institucionalidad del Estado.

y las víctimas de reclutamiento ilícito; 5) participar en el Subcomité de Rehabilitación y articular con el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas (SNARIV) de acuerdo con las competencias institucionales.

De otra parte, las acciones y obligaciones en cuanto a la reparación de niños, niñas y adolescentes se amplían de manera importante en el Decreto 4800 por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones. Es el caso de los enunciados correspondientes a los artículos 163 y 169, en los cuales se definen las siguientes acciones y conceptos: 1) directrices del enfoque psicosocial en las medidas de reparación: la Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación Integral a Víctimas diseñará las directrices del enfoque psicosocial como componente transversal, el cual contendrá los lineamientos que respondan a la necesidad de materializar el enfoque psicosocial desde una perspectiva de reparación integral en todas las acciones, planes y programas de atención, asistencia y reparación integral que se implementen en el marco de la Ley 1448 de 2011; 2) las directrices deben ser adoptadas por las entidades que conforman el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas, de acuerdo con sus competencias; 3) talento humano para la atención a víctimas: con la finalidad de promover la calidad de la atención a las víctimas referidas en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 e incorporar el enfoque psicosocial. Las entidades responsables de la asistencia, atención y reparación deberán capacitar progresivamente al personal encargado en dicha materia, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social; 4) las entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas gestionarán el desarrollo de estrategias y programas continuos de autocuidado y capacitación para los servidores públicos que orientan y atienden a las víctimas.

El Plan Nacional de Atención y Reparación a Víctimas (2102) parte de cinco componentes, y cuatro ejes transversales. Los componentes son asistencia y Atención; reparación Integral; prevención y protección; verdad y justicia. Los ejes transversales son registro único de víctimas y Red Nacional de Información; retornos y reubicaciones; articulación nación-territorio y al interior del Gobierno Nacional; y lineamientos de participación. En cada uno de estos componentes y ejes se encuentran reflejadas las orientaciones para niños, niñas y adolescentes, mujeres y grupos étnicos, teniendo en cuenta los artículos 13 y 182 de la Ley 1448 de 2011, y los Decretos-ley 4634 y 4635 relativos a grupos étnicos. Los lineamientos para personas en situación de discapacidad y adultos mayores, dada su particularidad, serán trabajados

tanto en el Subcomité de Enfoque Diferencial como en el Subcomité de Rehabilitación en el marco del SNARIV.

Además de la Ley en su articulado y el decreto reglamentario, se formuló el documento Conpes 3726 de 2012, en el cual se definen los lineamientos, el plan de ejecución de metas, el presupuesto y mecanismo de seguimiento para el Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, al respecto de niños, niñas y adolescentes enuncia: "Los niños, niñas y adolescentes son sujetos de especial protección constitucional. Sus derechos son prevalentes e interdependientes y deben ser protegidos de manera integral, primando el interés superior del niño, niña o adolescente. A pesar de ello, esta población ha sido víctima de graves violaciones a sus derechos humanos y de infracciones al derecho internacional humanitario, al igual que ha sido testigo de violaciones perpetradas a sus familiares y adultos significativos o de personas cercanas en sus entornos comunitarios. Tanto como víctimas de las perpetraciones o testigos de las mismas, los niños, las niñas y los adolescentes presentan complejidades psicológicas y, en muchos casos, psiquiátricas". A continuación se especifican algunos de los puntos que se consideraron en el estudio para aportar a estos requerimientos: En la recomendación 9 "solicita superar los vacíos en la información oficial relativa a las afectaciones de los grupos de poblaciones con enfoque diferencial" ..., justificándose precisamente en que existe un vacío en el conocimiento sobre el estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes en el marco del conflicto armado colombiano. 2) Se debe garantizar un adecuado proceso de caracterización, diagnóstico y atención de la situación de salud de las víctimas, entre ellas los niños, niñas y adolescentes, para lo cual la articulación entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la Unidad para las Víctimas y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es indispensable.

Por otra parte, se enuncian cada uno de los hechos victimizantes a los que hace mención la ley y que han sufrido los niños, niñas y adolescentes y por lo que tienen derecho a la reparación integral:

**1. El reclutamiento** ilícito de niños, niñas y adolescentes se define como la vinculación permanente o transitoria de personas menores de edad a grupos organizados al margen de la ley, que se lleva a cabo por la fuerza, por engaño o debido a condiciones personales o del contexto que la favorecen y es de naturaleza coercitiva<sup>3</sup>. La Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial (Decreto 4690 de 2008) define el reclutamiento como "la vinculación permanente o transitoria de personas menores

3. La Corte Constitucional expresó que la voluntad del niño o la niña víctima de este delito juega un rol jurídicamente inexistente e indicó que el carácter voluntario del reclutamiento es aparente (Auto 251 de 2008).

de 18 años a grupos organizados al margen de la ley o grupos delictivos organizados que se llevan a cabo por la fuerza, por engaño o debido a condiciones personales o del contexto que la favorecen". De igual forma, esta instancia define la utilización como la vinculación permanente o transitoria de niños, niñas y adolescentes con actores o grupos dedicados a actividades ilícitas para ser utilizados dentro de los fines del actor o grupo. Se realiza generalmente bajo engaño o debido a condiciones personales o del contexto (OIM, ICBF, 2013a).

2. **Orfandad.** La Ley 1448 de 2011 establece que los niños, niñas y adolescentes víctimas son considerados huérfanos en razón de la muerte de sus padres a causa del conflicto armado interno. En consecuencia, esta población tiene derecho a la reparación integral incluida la restitución de tierras de sus padres. Este hecho puede desencadenar otras violaciones a los derechos de protección y, en general, a la totalidad de sus derechos como cuidado y custodia, educación, salud, desarrollo integral de su primera infancia, entre otros.
3. **Desaparición forzada.** El Grupo de Memoria Histórica (2013) define una desaparición forzada como la privación de la libertad de una persona de la cual se desconoce su paradero, en la que no se pide algo a cambio y el victimario niega su responsabilidad en el hecho.
4. **Secuestro.** Es entendido por la legislación colombiana como toda retención en contra de la voluntad de las personas, con el propósito de pedir a cambio de su libertad una utilidad específica o para sacar algún provecho (artículo 169, Código Penal). Constituye uno de los tipos de violación más graves de los derechos fundamentales (la libertad y la integridad) y el derecho internacional humanitario (DNP, 2003)
5. **Minas antipersonal (MAP-AEI-Muse).** Este hecho victimizante se refiere a las personas, niños, niñas y adolescentes que son expuestos a artefactos y municiones sin explotar, y a campos minados en donde la mayoría fallece o sufre algún daño físico o psicológico. Se refiere al uso sistemático de dichos artefactos por los grupos armados al margen de la ley. Las minas antipersonal infringen las normas consuetudinarias de la guerra relativas a la distinción que deben hacer las partes en confrontación entre personas civiles y combatientes, al igual que la prohibición de emplear armas que "puedan causar males superfluos o sufrimientos innecesarios". Por esta razón, la comunidad internacional ha considerado que dichas armas violan los principios más fundamentales de la humanidad donde quiera y cuando quiera que se empleen y, por tanto, su costo tanto en pérdidas de vidas humanas, como de oportunidades

de desarrollo o de los pueblos supera con creces su limitado valor militar (véase CICR, 1998). Así, el uso de minas antipersonal constituye una conducta ilícita cuya acción devastadora no diferencia entre población civil y combatientes (Política Nacional de Acción Integral contra Minas Antipersonal, 2009-2019).

6. **Desplazamiento forzado** es la acción mediante la cual las personas, en este caso los niños, niñas y adolescentes, se han visto forzadas a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores, que puedan alterar drásticamente el orden público (Ley 387 de 1987). "...En Colombia, el desplazamiento forzado —delito de lesa humanidad— es un fenómeno masivo, sistemático, de larga duración y vinculado en gran medida al control de territorios estratégicos..." (CNMH, 2013, pag. 71).
7. **Violencia sexual,** según la OPS (2010) se considera que la violencia sexual es todo acto sexual o la tentativa de consumarlo, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones destinadas a la trata o a utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito. Esta definición incluye la violación, definida como la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes del cuerpo o un objeto.

En el caso del conflicto armado, se considera que la violencia sexual tiene un propósito dentro de los fines de la guerra, no solo lastimar y vulnerar los derechos de las víctimas, sino mostrar el control y el poder de los actores frente a las comunidades: el sentido de regulación (Céspedes, 2010), así como agudizar los ataques y hacer notar la presencia en zonas de ocupación militar (Corporación Sisma Mujer, 2007). Implica una serie de conductas cuyo registro facilitaría su medición, si se tiene en cuenta que estas van desde el acceso carnal violento o el acto sexual abusivo, la planificación reproductiva (e incluso esterilización) forzadas, la explotación sexual, la prostitución, la esclavitud sexual, el embarazo y el aborto forzados, entre otros.

En este mismo documento Conpes 3726, respecto a las

medidas de reparación y de rehabilitación, se le solicita al Estado garantizar que los niños, niñas y adolescentes con secuelas o potenciales secuelas pero que aún no reúnan los cuadros clínicos para hacer diagnósticos deben recibir el tratamiento médico que les permita hacer frente a las consecuencias del paso por los grupos armados. Es importante aclarar que esta sentencia aún no está confirmada, pero sirve como referente en otros países, respecto a las consecuencias e impactos de los niños, niñas y adolescentes víctimas del reclutamiento y la utilización por grupos armados ilegales. También en estos incidentes de reparación, los magistrados solicitan al ICBF la información completa sobre el perfil de las víctimas previo al hecho victimizante, el impacto psicológico y familiar, estableciendo diferencias individuales. También se hace necesario entregar tendencias y una información detallada que dé cuenta de esta información a nivel nacional.

Existe poca investigación en nuestro país sobre las consecuencias, afectaciones e impactos en los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado, lo cual limita la posibilidad de dar cuenta de la dimensión de los delitos cometidos contra ellos. Si bien es cierto que se conocen algunos elementos sobre la forma compleja en la que relacionan las afectaciones con los hechos —desde el orden individual, social, cultural, económico, político—, también se tiene evidencia de la existencia de factores previos al hecho victimizante como la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil, el abuso sexual, la desigualdad, la inequidad, la discriminación y la exclusión social. Por lo anterior, es necesario continuar con las iniciativas de investigación sobre estos delitos en el marco del conflicto armado para identificar las secuelas.

Se requiere investigar para explicar y comprender los fenómenos referentes a las consecuencias, afectaciones, impactos y daños en los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado en Colombia desde una perspectiva psicosocial con enfoque diferencial que amplíe la atención dentro del proceso de restablecimiento de derechos, en el marco de la Ley de Víctimas 1448 de 2011. Se sabe que no solo en Colombia sino a nivel mundial hay una carencia importante de estudios rigurosos que permitan la evaluación psicosocial de las consecuencias, impactos y daños que sufren los niños en los contextos de guerra. Casi todas se enfocan en el estrés postraumático, aunque se conoce que hay otras consecuencias (Jordans y Tol, 2009). La evidencia empírica está centrada en los efectos del desplazamiento y en la participación de niños, niñas y adolescentes en grupos armados en contextos de guerra (Betancourt, 2013), y es necesario ampliar estos estudios.

Es así como las organizaciones internacionales que tienen

la responsabilidad de apoyar al gobierno colombiano se interesan en desarrollar acciones orientadas a fundamentar la política pública desde la evidencia y la rigurosidad de la investigación. Por su parte, Unicef promueve un enfoque integral y diferencial para la atención de la niñez afectada por el conflicto armado, brindando especial atención a la situación de niñas y adolescentes; apoyando el fortalecimiento de las capacidades locales existentes a nivel institucional y comunitario, y asesorando a los actores competentes en la construcción de estrategias comunes para prevenir el reclutamiento y promover la protección integral. Así mismo y mediante la asistencia técnica a la implementación de la Resolución 1612 de 2005 del Consejo de Seguridad de la ONU, ha avanzado en la construcción de un mecanismo de monitoreo y presentación de informes sobre niñez y conflicto armado. Finalmente, a través de proyectos locales, acompaña y apoya el trabajo directo con niños, niñas y adolescentes para el fortalecimiento de sus habilidades en la construcción de planes de vida alejados de las armas y la violencia, por lo que contar con información sobre los impactos de la guerra en los niños, niñas y adolescentes será un camino para la ampliación de sus acciones y programas a esta población vulnerable.

Entre los compromisos adquiridos por Unicef con el gobierno colombiano, se ha establecido la necesidad de brindar asistencia técnica y financiera a instituciones nacionales y locales, así como a comunidades, organizaciones civiles, niños, niñas y adolescentes, para el fortalecimiento de sus capacidades individuales, colectivas e institucionales para la construcción y fortalecimiento de entornos de protección que garanticen y restablezcan sus derechos frente a situaciones de violencia, abuso y explotación. En desarrollo de este mandato, Unicef suscribió un convenio de cooperación con el ICBF, con el fin de acompañar su proceso de fortalecimiento institucional y de capacidades técnicas y contribuir al diseño e implementación de iniciativas nacionales y locales que garanticen de forma efectiva los derechos de niños, niñas y adolescentes.

El ICBF, en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 418 de 1997, prorrogada y modificada por las Leyes 548 de 1999, 599 de 2000, 782 de 2002, 812 de 2003 y 1106 de 2006 y en sistemática relación con el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006), desarrolla desde noviembre de 1999 el programa de atención especializada de niños, niñas y adolescentes desvinculados de los grupos armados organizados al margen de la ley. Este programa busca generar las condiciones para que el Estado, las familias y la sociedad faciliten el restablecimiento y la garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes desvinculados de los grupos

armados al margen de la ley, para que puedan formar parte de los sistemas sociales y alcanzar su pleno y armónico desarrollo, en las dimensiones física, intelectual, afectiva, moral y social; la restauración de su dignidad e integridad como sujetos de derecho, en el marco de la protección integral y los principios de prevalencia, interés superior, con enfoque diferencial y corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado.

Una de las líneas de articulación identificada es la de apoyo a los programas de atención dirigidos a niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia, en los que, además, se encuentran el programa especializado para la atención a niños, niñas y adolescentes desvinculados de grupos armados organizados al margen de la ley del ICBF, las unidades móviles de atención a familias desplazadas por la violencia, hogar gestor para niños, niñas y adolescentes huérfanos víctimas de la violencia, hogares gestores para niños, niñas y adolescentes víctimas de MAP, Muse y AEI, y la línea programática relativa a la niñez víctima del conflicto armado en Colombia.

Cada uno de los hechos victimizantes que sufren los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado genera en ellos daños y afectaciones psicosociales, que el ICBF en sus diferentes programas y modalidades de atención tiene como objetivo evaluar, intervenir y atender. Con este propósito y teniendo en cuenta las diferentes solicitudes de quienes representan estatalmente la justicia y en el mismo sentido a las víctimas, se requiere conocer cuales son estas secuelas e impactos que sufren los niños, niñas y adolescentes en el contexto de la guerra, conocer su situación psicosocial permitirá al ICBF atender aún con mayor precisión las necesidades psicosociales de los niños en cada una de las modalidades de atención.

Por su parte, la OIM está consagrada al principio de que la migración en forma ordenada y en condiciones humanas beneficia a los migrantes y a la sociedad. En su función principal, trabaja con sus asociados de la comunidad internacional para ayudar a encarar los crecientes desafíos que plantea la gestión de la migración a nivel operativo; fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias; alentar el desarrollo social y económico a través de la migración y velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes. Esta gestión la aborda desde cuatro esferas programáticas de trabajo: migración y desarrollo, migración reglamentada, migración facilitada y migración forzada.

La Organización Internacional para las Migraciones trabaja en Colombia desde 1956, apoyando técnicamente al gobierno nacional en la implementación de proyectos de alto impacto social, que han beneficiado a más de cuatro millones

de personas desde el año 2000. La OIM Colombia brinda asistencia técnica y apoyo en la consolidación del programa de atención especializada de atención a niños desvinculados que lidera el Estado colombiano a través del ICBF y las autoridades territoriales, departamentales y municipales para el restablecimiento de los derechos de niños y niñas desvinculados de los grupos armados al margen de la ley. Por otro lado, la OIM contribuye a los esfuerzos del gobierno colombiano, a nivel nacional, regional y local, destinado a prevenir el reclutamiento de niños y niñas por los grupos armados ilegales.

Por todo lo anterior, el ICBF, Unicef y la OIM consideran que una investigación como la que hoy se presenta es necesaria debido a la urgencia para el Estado colombiano de tener una respuesta psicosocial diferenciada e integral por cada hecho victimizante, centrada en niños, niñas y adolescentes víctimas, y dando cumplimiento al mandato de reparación integral. Por otro lado, es importante consolidar estrategias intersectoriales de rehabilitación psicosocial a los niños, niñas y adolescentes víctimas, y contar con mecanismos que faciliten la respuesta psicosocial diferenciada, como ya se mencionó.

Esta investigación se diseñó y se implementó para dar respuesta a los requerimientos de la Ley, así como al Conpes y al decreto reglamentario en sus diferentes planteamientos. Más específicamente, la investigación emerge como una necesidad de comprender las consecuencias y los impactos de los diferentes hechos victimizantes en el estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes; se desarrolla como un insumo para: definir acciones y guías que complementen la atención psicosocial de los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de diferentes vulneraciones de derechos; se plantea para posibilitar el análisis de las consecuencias e impactos en relación con el marco de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; busca una respuesta psicosocial diferenciada e integral por cada hecho victimizante centrada en los niños, niñas y adolescentes víctimas; da cumplimiento a un mandato de reparación integral en el contexto nacional a niños, niñas y adolescentes víctimas; consolida estrategias intersectoriales de rehabilitación psicosocial a los niños, niñas y adolescentes víctimas; con mecanismos y herramientas que faciliten la respuesta psicosocial diferenciada; genera estrategias de valoración y atención psicosocial para cada hecho victimizante centrado en los niños, niñas y adolescentes, basadas en la evidencia que contribuyan a la implementación de la política pública.

Es una necesidad que los lineamientos de política se fundamenten en evidencias empíricas y puedan ser argumentados de manera más sólida. La investigación es

cada vez más solicitada para producir conocimiento que fortalezca las bases de la formulación de la política pública y particularmente en el tema de la relación de la guerra con el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. La investigación en estos aspectos es muy limitada debido a la dificultad en acceder a las muestras de estudio y además por el sesgo que los instrumentos, herramientas y metodologías de investigación tienen para visibilizar lo que es invisible como son los efectos de la guerra y de las situaciones adversas en los niños, niñas y adolescentes, Boothby, Blaster, Goldman, Wessells, Zeanahe, Huebner, y Garbarino (2012). Por esto el reto es poder aproximarse a una realidad compleja como la de los efectos del conflicto armado en la salud mental y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes

Desde finales de la Segunda Guerra Mundial, cerca de 232 conflictos internacionales e internos han ocurrido en 148 países alrededor del mundo. De estos, 11 han permanecido activos por varios años consecutivos.

Los conflictos armados y los actos de violencia que ocurren en los escenarios de guerra, por lo general, producen una serie de reacciones emocionales de alta intensidad que pueden llevar a consecuencias negativas en las poblaciones que los padecen. Estas situaciones de violencia se retroalimentan entre sí y en ocasiones se convierten en un fenómeno retroalimentado cíclicamente. Según el Armed Conflict Work Group (2011), en los contextos de conflicto armado se dan una serie de interacciones que no permiten en muchas ocasiones que se supere la situación vivida por los individuos y las comunidades. Este grupo afirma que muchos de los efectos que estas situaciones producen incluyen las distorsiones perceptuales y comportamentales, las cuales además, conllevan una ruptura del tejido social y la fragmentación de las comunidades y las familias. Todas estas situaciones tienen un impacto en la comunidad en general, ya que se fomentan códigos negativos, prejuicios y miedos que por lo general aumentan el sufrimiento, el dolor y la angustia en la población. Los equipos de profesionales que tienen la responsabilidad de atender y asistir a estos individuos y colectividades deben tener la capacidad de detectar el nivel de impacto que esto tiene en las emociones y en las formas de actuar de una manera analítica y cualificada, de tal manera que estén en capacidad de explicar y por lo tanto atender efectivamente a estos grupos afectados para evitar que el ciclo de la violencia se perpetúe en los territorios.

Los conflictos armados tienen un gran impacto en los niños y niñas, y particularmente en su salud (Southall, 2011), uno de cada seis niños a nivel mundial vive en zona de conflicto armado y tiene una mayor probabilidad de morir,

en comparación con un soldado regular, como resultado del conflicto, probablemente evitar los conflictos se sale del control de algunos organismos y pareciera algo inevitable en algunos contextos, pero es un asunto de salud y de protección por lo cual se debe tratar de mitigar su impacto y consecuencias en las poblaciones vulnerables y las diferentes dimensiones de su desarrollo (Rieder y Choonara, 2011).

Los análisis acerca de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales asociados con la muerte, la agonía y el duelo han sido numerosos en los últimos años después de la Segunda Guerra Mundial, y más en perspectiva después de la guerra de Vietnam. La mayoría de los estudios han podido delimitar las formas de actuación de los seres humanos frente al miedo y al peligro, así como el efecto de la proximidad de la muerte y el impacto que produce el separar a los niños de sus padres en contextos de guerra. Si bien es cierto que ocasionan efectos negativos, también suponen el desarrollo de habilidades nuevas para afrontar la situación y el peligro (Armed Conflict Work Group, 2011).

En la actualidad, la investigación ha permitido entender la naturaleza del estrés, y la diferenciación del duelo, las dimensiones psicológicas, sociales y espirituales de la muerte, así como la forma como los vínculos se van modificando durante el ciclo de vida y cómo pueden ser factores de protección frente a las experiencias traumáticas. Todos estos hallazgos han permitido que se planeen y se ofrezcan mejores servicios de atención integral para aquellos individuos y colectivos que enfrentan experiencias traumáticas, muertes, duelos y desastres masivos. El impacto que un conflicto armado tiene es de gran magnitud y la perpetuación de la violencia a lo largo de la historia (Armed Conflict Work Group, 2011).

Los conflictos armados en algunos países han logrado resolverse en un marco de construcción de paz, pero a su vez han dejado millones de muertes, transformaciones en las poblaciones y en los perfiles de salud de las comunidades. En algunos casos, estos nuevos contextos después de la resolución del conflicto pueden ser aún más vulnerables y se convierten en escenarios ideales para la violación permanente de los derechos humanos de hombres, mujeres y niños, si no se tiene la preparación suficiente para asegurar la calidad de vida y el bienestar necesario (Stockholm International Peace Research Institute, 2012).

A nivel global, se estima que hay más de 1000 millones de niños y niñas que viven en países o territorios afectados por conflictos armados (The United Nations Children's Fund), de los cuales dos millones han muerto, seis millones han

resultado heridos (The United Nations Children's Fund Unicef, 2002a) y 20 millones han sido obligados a abandonar sus hogares (Plunkett y Southall, 1998).

Por otra parte, se calcula que hay más de 80 millones de minas antipersonal en el suelo del mundo (Levy, Sidel y American Public Health Association, 1997), localizadas en aproximadamente 60 países (Unicef, 2002b). Estos dispositivos continúan matando, hiriendo y dejando en condición de discapacidad a miles de civiles —una cuarta parte niños— (Rieder y Choonara, 2012), incluso en regiones donde ya ha finalizado el conflicto (Unicef, 2005). Se cree que por cada 50 personas en el mundo existe una mina sembrada (Watts, 2009). Esto, además de los otros hechos victimizantes, es a lo que los niños, niñas y adolescentes están expuestos en el mundo entero.

Estas situaciones de alta intensidad pueden ser considerados experiencias potencialmente traumáticas se habla de potencialmente porque no se tiene certeza sobre el grado en el cual puede afectar (Garbarino, 2013). La exposición en un conflicto armado tiene implicaciones en la persona que lo experimenta. Los efectos están mediados por muchas variables, como el sexo, la edad, la cultura, pero una de las más importantes el momento del desarrollo en el que se encuentra. En el caso de niños, niñas y adolescentes, hay que ser particularmente cuidadoso, ya que aún no tienen las estructuras biológicas totalmente maduras, y su cerebro se encuentra en una etapa de desarrollo compleja. Niños, niñas y adolescentes son particularmente vulnerables porque aún no cuentan con todas las habilidades suficientes para enfrentar las situaciones adversas o amenazantes. Sin embargo, todos los efectos generados por las experiencias potencialmente traumáticas son negativos. En la mayoría de situaciones, estas condiciones extremas llevan a las personas y particularmente a niños, niñas y adolescentes a desarrollar otras competencias y habilidades (Papadopolus, 2011). A pesar de esto es innegable que el estrés causado por la exposición directa a un conflicto armado trae consecuencias devastadoras para la vida de los niños, niñas y adolescentes.

La historia de Colombia muestra que su conflicto armado ha sido ininterrumpido y ha permanecido durante 60 años en el país. Las actuales generaciones no recuerdan un momento fuera del conflicto armado y de las situaciones extremas en materia de violencia. El conflicto interno colombiano ha tenido una actividad ininterrumpida por más de 40 años (Harbom & Wallensteen, 2007).

En Colombia, el conflicto armado ha dejado a miles de víctimas. Desafortunadamente, muchas de ellas han sido niños, niñas y adolescentes victimizados de distintas formas. La incursión de los distintos grupos armados ilegales los han afectado, ya que los han expuesto a los hechos que ya se han mencionado anteriormente.

"...La guerra en Colombia ha causado la muerte de miles de niños y niñas, algunos en las masacres, otros en los enfrentamientos entre los actores armados. Los niños y las niñas han fallecido, además, por causa de los campos minados o por las incursiones y ataques a sus veredas y pueblos. Los menores de edad han sido víctimas de casi todas las modalidades de violencia. Según datos del RUV, al 31 de marzo de 2013, entre 1985 y 2012, 2.520.512 menores de edad han sido desplazados, 70 han sido víctimas de violencia sexual, 154 de desaparición forzada, 154 de homicidio y 342 de minas antipersonal..." (CNMH, 2013..p.314).

# CAPÍTULO II

## CONFLICTO ARMADO, CONSECUENCIAS, IMPACTO EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA: PERSPECTIVA PSICOSOCIAL Y TRAUMA

“Por lo menos no es que uno esté bien bien que digamos. Siempre quedan recuerdos de allá arriba o cualquier cosa. Y como a mi mamá se le metió que uno tiene que aprender a perdonar... ¡PERDONAR!, pero usted sabe que eso es difícil pa uno! ¡Lo que le hicieron a mi mamá ya pa uno perdonar ya es muy difícil... mi sentimiento más frecuente es la tristeza, la tristeza, y la decepción. Pues uno sentir que se decepciona por no haber ayudado a la mamá”.

**Camilo\*, 13 años**

## 2.1 Hechos victimizantes

Dentro de todos los hechos victimizantes a los que han sido sometidos los niños, niñas y adolescentes en Colombia, el reclutamiento ilícito y el desplazamiento son los más documentados. Existe alguna literatura que da cuenta de los factores relacionados y las consecuencias que pueden ocasionar hechos como el reclutamiento forzado, el desplazamiento forzado, la orfandad, el secuestro, la violencia sexual, las minas antipersonal y la desaparición forzada.

### 2.1.1 Reclutamiento forzado

#### Vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados

Unicef define al niño soldado como “cualquier persona menor de 18 años que forma parte de cualquier tipo de fuerza armada regular o irregular en cualquier capacidad, incluso, pero no solo, como cocinero, porteador, mensajero y cualquiera que acompaña a estos grupos, excepto los familiares. La definición incluye niñas reclutadas para realizar actividades sexuales y contraer matrimonios por la fuerza”

En el marco de la Ley 1448 de 2011, son consideradas víctimas de este hecho aquellas personas que hayan sido desvinculadas de los grupos armados organizados al margen de la ley, siendo aún menores de edad.

*Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, en la Guía interinstitucional para la atención a las víctimas del conflicto armado (2012).*

A pesar de que la participación de niños en el conflicto se encuentra regulada por leyes de injerencia internacional como la Convención sobre los derechos de los niños, el Protocolo facultativo de la convención sobre los derechos del niño relativo a la participación en los conflictos armados, el Estatuto de Roma o los Principios de París, se estima que cerca de 300.000 niños menores de 18 años participan activamente en conflictos armados en el mundo (Unicef, 2013) y de estos, 120.000 se encuentran en el continente africano (Morini, 2010). La participación directa de los niños en el conflicto ha sido considerada desde 1999 una de las peores formas de trabajo infantil (International Labour Organization, ILO, 1999), pues en el conflicto los niños, niñas y adolescentes no solo operan como combatientes, mensajeros, portadores o cocineros, sino que también deben desempeñarse como servidores sexuales (Unicef, 2012), en muchas ocasiones, perdiendo entre todas estas labores la esencia de la niñez y la oportunidad de gozar de un mejor futuro, ya que en primer lugar interrumpen su proceso escolar y su proyecto de vida se transforma considerablemente.

Las cifras de niños, niñas y adolescentes vinculados a los grupos armados organizados al margen de la ley y utilizados por grupos delictivos organizados son disímiles; dependen de las fuentes de información y las variables utilizadas para tal efecto. Es importante resaltar que los reportes, estudios

y análisis existentes tienden a invisibilizar específicamente este delito y violación a los derechos de la citada población. En tal sentido, y en muchos casos, se confunde, subsume o conecta esta violación con otras violaciones a los derechos de los niños como la desaparición, el secuestro, la tortura y el desplazamiento, para citar solo algunos ejemplos (OIM, ICBF, 2013a).

El ICBF ha atendido a 5619 niños y niñas durante el período del 16 de noviembre de 1999 al 30 de septiembre de 2012<sup>4</sup>. De acuerdo con la Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial, el 90 % de los niños atendidos por el ICBF afirman haber estado vinculados a un grupo armado con otros niños y niñas.

Algunas investigaciones muestran que las Farc y el ELN son los principales autores del alistamiento, reclutamiento y utilización de niños en el conflicto interno colombiano. Algunas de las funciones que desempeñan los niños son mensajería, vigilancia, raspado de hojas de coca, transporte de drogas ilícitas y reclutamiento de otros jóvenes (Rueda, 2010; Watchlist on Children and Armed Conflict, Watchlist, 2012). En el estudio realizado por la OIM y el ICBF (2013a) se encontró que en la muestra estudiada de niños, niñas y adolescentes desvinculados, la mayoría pertenecieron a las Farc y su permanencia fue de un año. La actividad de mayor

4. Base de datos del Programa de atención especializado del ICBF

frecuencia dentro del grupo fue la cocina, seguido de hacer oficios y llevar mensajes. En menor proporción otras actividades fueron ayudar en cultivos ilícitos, organizar reuniones y cuidar prisioneros.

El reclutamiento de niños en Colombia no siempre ha estado acompañado de hechos violentos como la amenaza directa o la intimidación a la comunidad. La propaganda política en comunidades, el ofrecimiento de salarios, de comida y protección (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2011) y el uso de otros niños para atraer a sus compañeros (Watchlist on Children and Armed Conflict, Watchlist, 2012) han sido otras de las estrategias empleadas por estos grupos para mantener y avanzar en sus operaciones militares de forma económica (Watchlist on Children and Armed Conflict Watchlist, 2012). La mayoría de los niños, niñas y adolescentes son reclutados de forma forzada no solo por las facilidades para persuadirlos y constreñirlos a cometer delitos, sino por la evidente facilidad que tienen de utilizar armas ligeras y de pequeño tamaño respecto a los adultos (Morini, 2010; Morisseau, 2004; Unicef, 2006).

El reclutamiento forzado de niños, niñas y adolescentes, y, en general, los hechos que caracterizan el conflicto interno colombiano han desembocado en el desplazamiento de comunidades que huyen, entre otras cosas, de la muerte de sus hijos y familiares. La Corte Constitucional, a través del Auto 251 de 2008, señala que el reclutamiento es una práctica criminal de ocurrencia extendida y reiterada en todo el

territorio nacional por los grupos armados ilegales (Defensoría del Pueblo, 2006). Se apoya en diversos estimativos del fenómeno señalando un margen entre 11.000 a 14.000 niños, niñas y adolescentes reclutados para 2006. La Corte evidencia la presencia de esta práctica en buena parte del territorio nacional y la define como una de las causas del desplazamiento (OIM, ICBF, 2013a).

En el estudio realizado por la OIM y el ICBF (2013b), en el cual se trabajó con un grupo de mujeres tutelantes del Auto 092 de 2008 y con mujeres de las comunidades en donde estas residen, las mujeres mencionaron que las principales razones por las cuales tuvieron que desplazarse fueron prevenir el reclutamiento de sus hijos; los asesinatos, desapariciones y toda variedad de delitos cometidos contra familiares; las amenazas directas a la propia vida y el despojo de tierras y propiedades. Como se evidencia en estos datos, el reclutamiento de niños, niñas y adolescentes es adicionalmente un factor asociado al desplazamiento en Colombia. Otras condiciones como la orfandad son un factor de riesgo en relación con el reclutamiento. Para este grupo particular de niños que han perdido a sus padres o cuidadores, los grupos y las fuerzas armadas se convierten en una fuente, válida y viable de protección (Morini, 2010) en medio de la inseguridad y la vulnerabilidad que implica estar solos. Las cifras disponibles de este suceso no están muy actualizadas, pero tan solo en los años noventa se estimó que como consecuencia del conflicto armado un millón de niños resultó huérfano o fue separado de su familia (Unicef, 2001b).

## 2.1.2 Minas antipersonal

### **Minas Antipersonal (MAP) municiones sin explotar y (Muse) artefactos explosivos improvisados (AEI)**

“Se entiende por mina antipersonal (MAP) todo “artefacto concebido para que explote por la presencia, la proximidad o el contacto de una persona, y que en caso de explotar tenga la potencialidad de incapacitar, herir o matar a una o más personas.” (Congreso de la República, Ley 759 de 2002, citado por Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en la Guía Interinstitucional para la atención a las víctimas del conflicto armado, 2012)

“Las municiones sin explotar (Muse) son explosivos que han sido cargados, su fusible colocado, armados o, por el contrario, preparados para su uso o ya utilizados. Puede haber sido disparado, arrojado, lanzado o proyectado, pero permanece sin explotar debido a su mal funcionamiento, al tipo de diseño o a cualquier otra razón”. Vicepresidencia de la República, Paicma (2012) citado por Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, en la Guía Interinstitucional para la atención a las víctimas del conflicto armado (2012).

La utilización de las minas antipersonal es considerada uno de los principales agravantes del conflicto armado colombiano. Tan solo en el año 2011 se registraron 538 víctimas que, a pesar de ser menores respecto a las 1200 víctimas registradas en los años 2005 y 2006, ubican al país en el tercer lugar en el mundo, después de Afganistán y Pakistán (Landmines and Cluster Munition Monitor, LCMM, 2012). Según la base de datos nacional, 31 de los 32 departamentos del país se encuentran afectados por estos dispositivos. Sus ubicaciones son frecuentemente carreteras, regiones apropiadas para emboscadas, campos protegidos y cultivos ilícitos, todos relacionados con propósitos estratégicos (LCMM, 2012).

En algunas ocasiones, las minas bloquean el acceso a fincas, lo que impide la siembra y recolección de comida; a agua potable; a albergues; a transporte y la distribución de elementos de primera necesidad, e incluso a la reparación y rehabilitación de casas, colegios y centros de salud. Esto provoca disrupción social y bloqueo a la economía y al desarrollo local y nacional (Unicef, 2002b). Actividades propias de la infancia como el juego, la curiosidad o el deseo de explorar, entre otras tantas, hacen del campo un escenario propicio para que los niños y niñas se conviertan en la víctima

más frecuente de lesiones o muerte a causa de una mina antipersonal (Unicef, 2002b). Aunque en principio estos dispositivos no están diseñados para asesinar (Watts, 2009), en la población infantil son una de las armas más letales (Guy, 2009), pues debido a su corta estatura se exponen fácilmente órganos vitales al foco central de la explosión (Monitor, 2012), y esto termina en la defunción de 8000 a 10.000 niños en el mundo anualmente (Naciones Unidas, 2006).

Los esfuerzos del gobierno nacional en relación con este tema han dado resultados importantes. Actualmente se dispone de una base de datos coordinada por el Programa presidencial para la acción integral contra minas antipersonal, que cuenta con información desde 1990. A la fecha y desde la creación de la base de datos, son 10.201 las víctimas de estos dispositivos, de las cuales 502 ocurrieron en el año 2012 y de estas el 13 % fueron niños (República de Colombia, 2013). En el caso de los niños, niñas y adolescentes víctimas de MAP, Muse y AEI, no solo los efectos psicosociales son dramáticos. A esto se suma las condiciones de discapacidad que se asocian y lo que hace que se pierdan funciones importantes en la movilidad o a nivel sensorial cuando sobreviven a la acción del artefacto.

### 2.1.3 Desplazamiento interno

“Es víctima de desplazamiento forzado toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, integridad física, seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas con ocasiones de las violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de derechos humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno.”

*(Congreso de la República, Ley 1448 de 2011, citado por Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en la Guía interinstitucional para la atención a las víctimas del conflicto armado, 2012)*

El desplazamiento forzado de poblaciones, comunidades y familias hacia otros territorios es otra de las consecuencias del conflicto y, por lo tanto, un hecho victimizante reconocido en el país y sufrido por millones de personas de diferentes edades incluyendo los niños, niñas y adolescentes. Colombia es actualmente el país con el mayor número de desplazados internos en el mundo: casi 3,9 millones de personas, según las cifras del gobierno nacional, aunque de acuerdo con algunas organizaciones no gubernamentales, estas cifras ascienden a más de cinco millones (Internal Displacement Monitoring Centre, IDMC, 2012).

Tan solo en el año 2011, el número total de personas desplazadas como consecuencia de un conflicto armado o por

la vulneración de sus derechos fue de 26,4 millones (IDMC, 2012), de los cuales un tercio fueron refugiados y dos tercios, desplazados internos (United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR, 2012). En Colombia para agosto de 2014, la red nacional de información registró un total de 5.782.092 en situación de desplazamiento.

Adicional a las dificultades que trae arribar a zonas desconocidas, muchas de las personas desplazadas no cuentan con todos sus documentos, lo cual entorpece a futuro cualquier intento por establecer sus identidades y por acceder a servicios sociales básicos como la educación o la atención en salud (Unicef, 2004), servicios fundamentales para la reintegración del niño y su familia a su nuevo entorno.

El desplazamiento ha sido una de las grandes problemáticas en el país por causa del conflicto. Este hecho tiene un impacto severo en la vida de las personas, en el curso de las familias y particularmente en la de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, así como también la de otros grupos como los afrodescendientes y los indígenas. Adicionalmente, interfiere con el progreso de las comunidades y debilita el tejido social de las mismas. Las familias y personas en situación de desplazamiento se enfrentan al fenómeno del desarraigo y a la interrupción de su proyecto de vida. Esto conlleva a una disminución de su capacidad de ingreso, la economía, la salud mental y el bienestar psicosocial. El ingreso de las familias más pobres puede verse disminuido en un 80 % (Ibáñez y Vélez 2003,2007).

Tiene un efecto devastador y se convierte en un evento transformador, ya que lleva a las personas y familias a situaciones de alta privación de los mínimos requerimientos esenciales para la vida, como el albergue, la comida, las medicinas; de otra parte, lleva a la marginalización y en algunos casos a la pobreza extrema, además de no contar con redes de apoyo y tener que vivir en comunidades desconocidas para ellos (Cohen y Deng, 2009).

Además de lo anterior, las personas, familias, mujeres, niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento no solo enfrentan el desarraigo y la pobreza sino que están en riesgo de muchas otras vulneraciones de los derechos humanos. En el estudio realizado por Profamilia y USAID (2011), en el que se entrevistaron a 2072 mujeres entre los 13 y 49 años, encontraron que el 37 % habían sido víctimas del desplazamiento por el conflicto armado y las más afectadas eran las mujeres de la zona central y la costa atlántica, en la muestra estudiada, cuatro de cada cinco habían vivido en más de un sitio en los últimos cinco años, lo cual es aún más preocupante; tres de cada cinco (65 %) provienen de zonas rurales y el 27 % de las mujeres se abstienen de denunciar el desplazamiento.

Según esta encuesta de Profamilia y USAID (2011), las mujeres marginadas víctimas del desplazamiento armado

y provenientes de zonas rurales son las que mayor número de hijos tienen. El promedio de hijos vivos que tuvieron las mujeres desplazadas que hoy tienen 40 y 49 años es 5,3, correspondiente a la cifra más alta en todo el país; 8 % de las mujeres encuestadas, se encontraban embarazadas en el momento de la entrevista. Esta cifra dobla el porcentaje de mujeres del país (no desplazadas). Aquellas mujeres que han sido desplazadas por causa del conflicto armado tienen más embarazos a lo largo de su vida. Los resultados revelan la crítica situación de las adolescentes desplazadas y vecinas de sectores marginales. Tienen el índice más alto de embarazos del país, y serios problemas para enfrentar su vida sexual y reproductiva. Según la encuesta, el 30 % de las adolescentes residente en zonas marginadas ya son madres o están embarazadas de su primer hijo. La cifra prácticamente duplica los índices de embarazo adolescente registrados en Colombia por la Ends, 2000. A los 19 años de edad, dos de cada tres adolescentes de zonas marginales y desplazadas ya son madres, o están embarazadas de su primer hijo.

La investigación realizada por la OIM y el ICBF (2013b) con las mujeres tutelantes del Auto 092 y sus comunidades receptoras arrojó datos interesantes en cuanto a la vulnerabilidad de las mujeres y los niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento. Si bien las mujeres, los niños, niñas y adolescentes que viven en zonas marginales están expuestos a altos niveles de violencia, los desplazados sufren con mayor frecuencia algún tipo de violencia. En mayor número, los niños, niñas y adolescentes sufren de abandono, abuso sexual y violencia comunitaria<sup>5</sup>, si se comparan con el grupo de mujeres. El estudio demostró que la situación de los menores de edad víctimas del desplazamiento es particularmente crítica. Dentro de los subtipos de violencia contra los niños, niñas y adolescentes reportados por las mujeres desplazadas se encuentran el maltrato físico, el maltrato emocional, el abuso sexual (actos sexuales abusivos, explotación sexual y acceso carnal violento), abandono (transitorio o permanente), negligencia, reclutamiento en grupos armados, secuestro y exposición a violencia intrafamiliar y comunitaria. Lo anterior pone de presente que la exposición de los niños, niñas y adolescente, a la violencia es de carácter acumulativo.

---

5. En este estudio se consideraron las siguientes acciones como violencia comunitaria: amenazas, asesinatos, riesgos de reclutamiento, amenazas de violación, violencia comunitaria ejercida por pares, violencia contra líderes y organizaciones comunitarias, violencia derivada de delincuencia y control territorial, discriminación en todos los grupos de edad por condición de desplazamiento o grupo étnico.

## 2.1.4 Violencia sexual

Según la OPS (2010) se considera que la violencia sexual es todo acto sexual o la tentativa de consumarlo, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones destinadas a la trata o a utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito. Esta definición incluye la violación, definida como la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes del cuerpo o un objeto.

Para analizar el fenómeno de la violencia sexual en el contexto del conflicto armado, es necesario determinar el alcance de la violencia en contra de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes. En esta categoría se incluyen la violencia física y el abuso sexual de una pareja o de personas extrañas a su entorno, así como la trata de personas con fines de explotación, la prostitución forzada, la explotación, los abortos selectivos, el infanticidio femenino, la negligencia intencional contra las niñas, y violaciones en contextos de guerra. Se conoce que estos últimos son actos que se han utilizado para castigar a los enemigos en los países. Estas prácticas se han llevado a cabo en Timor Leste, Sudán y Bosnia, y por lo tanto han sido declaradas como crímenes de guerra y en ciertas circunstancias, genocidios (Tavara, 2006). En Colombia se tiene información sobre algunas de estas prácticas en el contexto del conflicto armado.

Existe una diversidad de vulneraciones a la salud sexual y reproductiva. En el contexto del conflicto armado, la violencia sexual es un arma de poder y control de los grupos para mostrar su autoridad en las poblaciones y municipios sembrando el terror, por lo que esto significa a la dignidad humana. Las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el conflicto incluyen obligar a las mujeres a mantener relaciones sexuales con sus comandantes, además a cometer abortos y a usar anticonceptivos orales, entre otros. Estas prácticas incluyen a las niñas y adolescentes.

En relación con la violencia sexual y el conflicto armado, se sabe que es una situación que está dirigida especialmente hacia las mujeres y niñas, aunque se han conocido casos de hombres y niños particularmente en edad escolar que han sufrido este flagelo en el conflicto armado. Según Amnistía Internacional (2011), no es posible calcular con certeza la magnitud de este problema, dado que no todos los casos se denuncian y no existe una base de datos sólida en la que se pueden registrar los crímenes de violencia sexual relacionados o no con el conflicto armado. Según los datos arrojados por la primera encuesta de prevalencia sexual en contra de las

mujeres en el conflicto armado colombiano, aplicada en los 407 municipios en los que había presencia de fuerza pública, guerrilla, paramilitares u otros grupos armados, la prevalencia de este delito entre 2001 y 2009 fue de 17,58 %, para un total de 489.687 mujeres, de las cuales solo el 18 % denunció el hecho (Casa de la mujer, Oxfam y Ministry of Foreign Affairs, MDG 3 FUND, 2011).

A pesar de que niños y niñas están siendo impactados por estos hechos, la población infantil femenina es la más afectada, pues deben someterse a dar servicios sexuales a los integrantes de los grupos armados (Unicef, 2006) o incluso convertirse en sus esposas o parejas permanentes (Unicef, 2001a). En el continente africano, algunos actos de violencia sexual contra las mujeres y niñas han ido más allá de la violación, empleando prácticas brutales como la mutilación, la violación en frente de familiares, el empalamiento, la violación con vidrios e incluso con los cañones de las armas (Csete, Kippenberg, 2002; Donohoe, 2004).

La violencia sexual en el conflicto armado se ha intentado documentar en los últimos años. Los niños, niñas y adolescentes son víctimas de este tipo de actos, ya que a través de ellos es posible aterrorizar, afectar la moral, difamar a las víctimas y trastornar su capacidad de reproducción (Unicef, 2002; Ward, Kirk y Ernst, 2005).

“... Como se ilustra en el informe sobre mujeres en la costa caribe, las niñas también fueron sometidas a prácticas de violencia sexual. Algunas sufrieron violaciones y fueron posteriormente asesinadas; otras más quedaron en embarazo a raíz de la violación. Estas experiencias dejaron huellas físicas y emocionales, y afectaron su capacidad de confiar en otros, su valoración de sí mismas y la posibilidad de entablar relaciones basadas en el respeto y que resulten placenteras...” (CNMH, 2013, p. 317).

La violencia sexual en el conflicto armado por lo general está relacionada con otros hechos victimizantes; por ejemplo,

ocurre en los niños, niñas y adolescentes que se encuentran reclutados por los grupos armados al margen de la ley. En un estudio exploratorio de corte transversal llevado a cabo por la OIM y el ICBF (2013a) en el que se estudió un grupo de 210 niños, niñas y adolescentes entre los 14 a 19 años de edad se reportaron incidentes de violencia y abuso sexual. Lo más predominante en la categoría actos sexuales abusivos corresponde al 31,4 % que (exposición de genitales); 26,2 % haber sido forzado a tocamientos a adultos; 12,5 % haber sido tocado por adultos y 23,4 % fueron víctimas de acceso carnal violento. Lo anterior demuestra que el abuso sexual se da dentro del contexto de los grupos armados ilegales en situación de conflicto armado. Las frecuencias entre 1 y 2 eventos dependen del tipo de abuso que se presenta; en particular la exposición a genitales, los tocamientos a los adultos, la explotación por beneficio y el acceso carnal violento son las más frecuentes. Los episodios se han dado en todas las edades, lo que significa que el abuso ocurrió en algunos casos antes de ingresar al grupo y durante la estadía en el mismo. En los análisis que se realizaron sobre la variable *Sexo y Violencia sexual*, se observan algunas diferencias por sexo. Es decir, que las niñas son más expuestas a unos tipos de violencia frecuentes y que los impactos en ellas son más severos que en los niños (Ramírez, 2008). Sin embargo, hay que tener en cuenta que la muestra en este estudio en su gran mayoría era masculina; por lo anterior,

es necesario desarrollar estudios con muestras equivalentes, aunque estos resultados deben ser tenidos en cuenta.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes desplazados también se encuentra que estos por su condición de desplazamiento están en mayor riesgo de ser víctimas de violencia sexual. En el estudio llevado a cabo por la OIM y el ICBF (2013b) en los grupos estudiados (N= 2567), se encontró que la prevalencia de la violencia sexual en los desplazados fue violencia sexual comunitaria (10 %), violencia conyugal sexual (10 %) actos sexuales abusivos contra los niños, niñas y adolescentes (4 %), acceso carnal violento (2 %) y explotación sexual (1 %). En este estudio se comprobó que los actos sexuales abusivos contra los niños, niñas y adolescentes se aumentan cuando las madres no tienen acceso a servicios de salud sexual y reproductiva pero hay menos casos de ASI cuando las madres muestran bienestar psicosocial resultados similares se encontraron para los casos de explotación sexual. El acceso carnal violento se da en mayor proporción cuando el tiempo de supervisión de los hijos es limitado y se disminuye cuando la madre tiene mejor nivel de educación y mejores indicadores en salud mental y bienestar psicosocial. Es interesante analizar que en este estudio se muestra que las víctimas de violencia sexual comunitaria se presenta con mayor frecuencia en grupos étnicos afros e indígenas.

### 2.1.5 Orfandad como consecuencia del conflicto armado

La Ley 1448 de 2011 establece que los niños, niñas y adolescentes víctimas son considerados huérfanos en razón de la muerte de sus padres a causa del conflicto armado interno. En consecuencia, esta población tiene derecho a la reparación integral incluida la restitución de tierras de sus padres. Este hecho puede desencadenar otras violaciones a los derechos de protección y, en general, a la totalidad de sus derechos como cuidado y custodia, educación, salud, desarrollo integral de su primera infancia, entre otros.

Otra de las consecuencias graves que tiene la guerra para los niños, niñas y adolescentes tiene que ver con la pérdida de sus padres, ya sea porque han sido asesinados o víctimas de la desaparición forzada. Las consecuencias en su desarrollo y en su proyecto de vida pueden ser aún mayores. En relación con este hecho, la literatura y la documentación es más bien limitada.

El CNMH (2013) afirma que la orfandad es un evento devastador en la temprana infancia y la niñez. Según este informe y por datos suministrados por el ICBF, se considera que por el número de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en los programas de atención del Instituto, el número de huérfanos por el conflicto armado es alto.

Según el ICBF (2013), la orfandad es un tema invisibilizado en el sistema de protección tradicional y aún lo es más la orfandad por causa de la violencia armada, la cual apenas empieza a ser visible de manera coyuntural. En los últimos años, en el marco de la atención que el ICBF brinda a víctimas de la violencia, la Subdirección de Intervenciones Directas en el año 2006 inició un proceso de identificación y atención a algunas victimizaciones entre las cuales resalta la de los niños, niñas y adolescentes huérfanos. Entre 2006 y 2012 se atendieron 364 niños, niñas y adolescentes huérfanos en la modalidad hogar gestor, y 39 por el sistema de protección en diferentes modalidades para un total actual de 404 niños, niñas y adolescentes atendidos. Adicionalmente 526

identificados y atendidos en Antioquia recientemente para un total en protección de 930 niños, niñas y adolescentes huérfanos por conflicto armado atendidos.

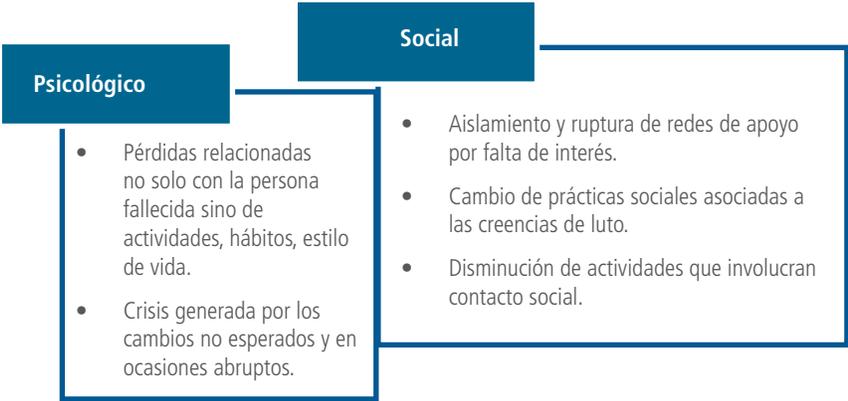
De acuerdo con el RUV y el ICBF, desplazados huérfanos por conflicto armado y los huérfanos por conflicto, atendidos en el programa de protección son 2560 niños, niñas y adolescentes, es decir, el 0,042 % del universo total de víctimas cuantificado. Es de anotar que en búsqueda activa en cuatro municipios de Antioquia en el segundo semestre de 2012 se identificaron 526 niños, niñas y adolescentes huérfanos. Solo el departamento de Antioquia puede tener por lo menos 50 municipios afectados por la violencia, si se analizaran estos datos como tendencia en Antioquia, se podría hacer una proyección y esto daría un universo de 25.000 huérfanos, cifra que está subregistrada e invisibilizada en la realidad social del conflicto en Colombia (ICBF, 2013).

Son muchas las situaciones que deben afrontar estos niños, a raíz de la pérdida de sus padres; en algunas ocasiones son acogidos por otros miembros de su familia, con lo que esto significa, o en otros casos deben permanecer en programas

del ICBF, lo cual los ubica en una situación de institucionalidad que dista del ambiente familiar en donde probablemente se desarrollaba. Esto, de hecho transforma sus vínculos y en general su prospectiva y proyecto de vida. Adicionalmente, deben desarrollar habilidades de ajuste para todos los cambios y no siempre estos niños, niñas y adolescentes son lo suficientemente hábiles para adecuarse a sus nuevos entornos y las demandas de estos. Muy probablemente deben hacer acopio de todas sus competencias para elaborar el duelo que ocasiona la pérdida de un ser querido y poder manejar los indicadores emocionales asociados a la orfandad como lo es el trastorno de estrés postraumático, entre otros.

Uno de los efectos es el enfrentarse con el proceso de duelo que abarca el duelo "normal" se refiere en algunas ocasiones al duelo "no complicado", que abarca un gran número de sentimientos y comportamientos comunes para la mayoría de personas después de la muerte (Ortiz, 2008). El duelo es la aceptación de la pérdida del ser querido o de una circunstancia vital para quien pierde el ser querido. En la Gráfica 1 se muestran las principales manifestaciones psicosociales del duelo en niños, niñas y adolescentes.

**Gráfica 1. Manifestaciones psicosociales del duelo. Tomado de: Guía integrada para la atención psicosocial de niños, niñas y adolescente huérfanos por el conflicto armado (OIM, ICBF 2013)**



Algunos autores mencionan las etapas del duelo que suele darse una vez se presenta una pérdida significativa, el cuadro a continuación resume esas etapas propias de una situación de duelo.

Además, algunos autores proponen que el afrontamiento de la pérdida de un familiar cercano para los niños, niñas y adolescentes se constituye en uno de los estresores con mayor fuerza que impacta la vida y el desarrollo. Acompañar el proceso de duelo y facilitar la adaptación son retos que se impone a los familiares supervivientes de situaciones de violencia o en algunos casos a las instituciones de protección que deben asumir las veces de redes de apoyo familiar por la ausencia de familiares o la desaparición de los padres y adultos cuidadores (OIM, ICBF, 2013).

FASES	ETAPAS	CARACTERÍSTICAS	TIEMPO
<b>Inicial</b>	Afrontamiento e Impacto	El impacto inicial se caracteriza por desorganización, negación del hecho, ocultamiento de los adultos, los niños, niñas y adolescentes del suceso de pérdida. Se rompe la cotidianidad, los hábitos y patrones de comportamiento y relaciones en especial con el ser querido fallecido. La invulnerabilidad y algunas cogniciones en relación con la pérdida, muerte, espiritualidad, etc. se ven afectadas. Se presenta dolor emocional (tristeza, nostalgia, recuerdos recurrentes del ser querido, momentos especiales, etc., frustración por planes y momentos a futuro que se querían compartir con el ser querido, celebraciones religiosas como por ejemplo, primera comunión, ingresar al colegio, universidad, etc.). Se puede presentar ira y culpa por la situación, desorganización y desesperanza. Puede presentarse enfado o indiferencia, depende de la relación previa con la persona fallecida. Algunas personas anhelan y buscan a sus seres queridos, buscan explicaciones, etc.	Primeras semanas
<b>Transitoria</b>	Procesamiento y acomodación	En esta etapa se negocian las creencias con la nueva realidad, se evalúan los factores de riesgo y la vulnerabilidad es percibida de una forma más realista. Se presenta la negociación de creencias, espiritualidad (diálogo con seres superiores, guías espirituales, etc). En estos momentos se presentan episodios de nostalgia, tristeza por los recuerdos vividos y se concentra la atención en los momentos agradables. Para otros niños, niñas y adolescentes cuya experiencia no era positiva, vivencian el duelo más por los comentarios de los demás familiares (duelo familiar) que por su propia vivencia, se ve al familiar llorando, orando, sufriendo, etc. Los hábitos se cambian por la ausencia del fallecido-a, se empiezan a llenar espacios vitales, por ejemplo, en el hogar, nuevas relaciones, etc. En este momento los procesos de socialización del colegio, comunidad, etc. favorecen el afrontamiento adecuado a los niños, niñas y adolescentes. Se inicia la reconstrucción de la vida sin la persona fallecida, se establecen nuevas figuras de afecto, amigos y redes de familiares, amigos, vecinos, etc. Puede haber manifestaciones entre el impacto y la resolución del duelo. Cognitivamente suele presentarse la fase de acomodación, esto es, la nueva información, nuevas redes y situaciones van incorporándose en la vida de los niños, niñas y adolescentes y se va aceptando paulatinamente. Algunas áreas son más fáciles de acomodar dependiendo de diferentes características de la familia, los cuidadores, las instituciones, etc.	Entre el 1 y 2 mes.
<b>Final</b>	Aceptación y restablecimiento	En esta fase se resuelve el duelo, lo cual no quiere decir que se borren recuerdos, se expresen sentimientos, etc. relacionados con la pérdida. Los niños, niñas y adolescentes aprenden a reconstruir sus vidas sin las persona(s) fallecida(s) y se restablece la vida en las diferentes esferas: familiar, académica, social, comunitaria. El proceso debe culminar en la medida que la persona asume hablar sin llorar, o reaccionar extremadamente sobre la persona fallecida, no se desconcentra y puede seguir realizando las actividades sin perder el control. Los niños, niñas y adolescentes tienen otras redes de apoyo, fuentes de afecto que reemplazan las pérdidas por la violencia, etc.	3 o 6 mes

Tomado de: *Guía integrada para la atención psicosocial de niños, niñas y adolescente huérfanos por el conflicto armado.* OIM, ICBF (2013).

## 2.1.6 Desaparición forzada

El Código Penal Colombiano define la desaparición forzada como el acto mediante el cual una persona somete a otra a "privación de su libertad cualquiera que sea la forma, seguida de su ocultamiento y de la negativa a reconocer dicha privación o de dar información sobre su paradero, sustrayéndola del amparo de la ley"; se caracteriza por el hecho de que las familias no cuentan con información sobre el paradero de la víctima. Por esto mismo, es un delito continuado y permanente que se mantiene en tanto esta no sea encontrada y que genera fuertes impactos en las comunidades y personas cercanas como afectación psicológica, temor, incertidumbre, deterioro de la situación económica, entre otros. (Congreso de la República, Ley 599 de 2000 citado por Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, en la Guía interinstitucional para la atención a las víctimas del conflicto armado, 2012)

La desaparición forzada ha marcado la historia de la humanidad. Sus inicios se remontan a la Segunda Guerra Mundial con el decreto "Noche y niebla" ordenado por Adolfo Hitler, cuyo objetivo era perseguir, detener y desaparecer a los opositores en los territorios invadidos, evitando así que estos se convirtieran en mártires al interior de sus comunidades al ser juzgados (Amnistía Internacional, 1981). En los países americanos, la desaparición forzada tomó auge en la década de los sesenta en países como Guatemala, Argentina, El Salvador, Chile, Uruguay y Colombia, entre otros. Allí, pasó de ser una acción casi exclusiva de las dictaduras militares, a una actividad también implementada en gobiernos regidos por la democracia (Molina Theissen, 1996).

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) considera la desaparición forzada como un delito autónomo, con carácter permanente, que no solo produce una privación arbitraria de la libertad, sino también atenta contra la integridad y la seguridad personal (CIDH, 2005). Los niños y niñas pueden ser víctimas de la desaparición forzada de forma directa o indirecta, según si son ellos o sus familiares los directamente desaparecidos, respectivamente (Litigio Estratégico en Derechos Humanos A.C, 2011), pero en relación con el conflicto armado y a pesar del sabido subregistro, es la afectación indirecta la que con más frecuencia se registra en este grupo de edad.

Según el CNMH (2013), la desaparición forzada entró a ser parte de las prácticas violentas en el conflicto armado desde la década de los setenta, y se mantiene vigente hasta la actualidad. Ha sido una de las estrategias utilizadas con

frecuencia por los actores armados para mantener el control, intimidar y atemorizar a la población en las diferentes comunidades. La utilizaron para aumentar su reputación y para ocultar las atrocidades cometidas por ellos en algunas regiones del país. Aunque la desaparición forzada es un delito consagrado en la Constitución (artículo 12) y en el Código Penal Colombiano, los datos sobre este hecho son limitados y más en relación con las víctimas del conflicto interno colombiano. Según el registro nacional de desaparecidos se han documentado cerca de 63.000 casos durante el periodo de conflicto, de los cuales se estima que más de 16.000 corresponden a desapariciones forzadas (Comisión de Búsqueda de Personas Desaparecidas, 2012). Lo anterior se acompaña de algunas divergencias conceptuales que hacen que este delito se investigue y procese como secuestro, homicidio o lesiones personales, llevando a prescripción de los procesos o absolución de los responsables.

A pesar de todo esto, el país ha tenido mejoras en relación con la judicialización de este delito, tanto así que en el año 2010, con el nuevo código penal, se amplió el tiempo de prescripción de cinco a 30 años (artículo 83) avanzando hacia a la reparación de las víctimas.

En estos casos, los niños, niñas y adolescentes presentan un sufrimiento similar al de los niños huérfanos con el agravante que la falta de un referente sobre lo que sucede con sus seres queridos aumenta los efectos y los impactos en estos niños, niñas y adolescentes que como se mencionó se ven afectados indirectamente por la pérdida de uno de los padres o de un familiar altamente significativo para ellos.

## 2.1.7 Secuestro

“Se entiende por secuestro el acto de arrebatar, sustraer, retener u ocultar a una persona. Existen dos modalidades de secuestro: extorsivo, es decir aquel que se comete con el “propósito de exigir por su libertad un provecho o cualquier utilidad, o para que se haga u omita algo, o con fines publicitarios o de carácter político; y simple, entendido como aquel que se comete con propósitos diferentes a los anteriores.”

*DNP, (2004) citado por Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en la Guía interinstitucional para la atención a las víctimas del conflicto armado (2012).*

Desde una perspectiva jurídica el secuestro se enmarca en la ley 599, en el capítulo segundo los artículos 168 y 169 especifican que el secuestro simple está a cargo de una persona que “... arrebate, sustraiga, retenga u oculte a una persona” y que el secuestro extorsivo consiste igualmente en una persona que “arrebate, sustraiga, retenga u oculte a una persona con el propósito de exigir por su libertad un provecho o cualquier utilidad, o para que se haga u omita algo, o con fines publicitarios o de carácter político” (El Congreso de la República, 2000).

Los tipos de secuestro son variados, además de identificar el secuestro extorsivo y el simple también se puede clasificar por tipos, dependiendo del objetivo o motivación para el rapto. En general, los fines económicos consisten en el canje de una persona a la que se priva de la libertad de forma no legal a cambio de dinero. El secuestro político se propone, termina siendo de tipo económico, aunque su fundamento se encuentra en la petición de beneficios jurídicos, además de reconocimiento por la organización armada que genera conflictos institucionales. El secuestro simple se define como se encuentra tipificado en la ley y generalmente se utiliza con

el fin de abastecer a redes de trata de personas, prostitución, tráfico de órganos, entre otros delitos.

Pensar en clasificar el secuestro por tipos, considerando no solo la finalidad sino también la población a la que es dirigido permite discriminar e identificar características esenciales de grupos y sus prácticas (Farc, paramilitares, delincuencia común, entre otros). En la mayoría de situaciones de la limitación de la libertad al secuestrado se genera un estrés a la familia por la incertidumbre que este hecho victimizante ocasiona, sea utilizado para obtener recursos económicos o para presionar a grupos o entidades políticas.

Dentro de las instituciones que trabajan con víctimas de secuestro se encuentra que cada una lo clasifica según su tipología o modalidad. Por esto en la Tabla 1 se resumen las definiciones de dos documentos que permiten la comprensión del fenómeno del secuestro, estas son la Fundación País Libre y Fondelibertad, que permiten contextualizar con la finalidad del secuestro y una perspectiva legal.

Tabla 1. Tipología y modalidades de secuestro

INSTITUCIÓN	PAÍS LIBRE	FONDELIBERTAD
<b>TIPOLOGÍA DEL SECUESTRO</b>	<p>Existen cuatro tipos de secuestro:</p> <p><b>Económico:</b> Es de tipo extorsivo económico, en el que el cautivo es canjeado por dinero o por algún bien. Este tipo es el más frecuente en Colombia.</p> <p><b>Político:</b> La mayoría son efectuados por la guerrilla y terminan siendo de tipo económico. El secuestro de tipo extorsivo político se hace para obtener prebendas de tipo político o escarmiento a personas que han causado daño. Con este secuestro la guerrilla pretende crear un caos institucional y obtener prestigio.</p> <p><b>Simple:</b> Según el Art 1° de la Ley 733 de 2002, a diferencia del extorsivo, el autor del secuestro no tiene intenciones de devolver a quien está retenido no le interesa obtener algo a cambio de la liberación (trata de personas, prostitución infantil, etc).</p> <p><b>Fuerza pública:</b> Su mayoría son de tipo político</p>	<p>No considera tipologías, considera modalidades, las cuales se presentan en la siguiente fila.</p>

INSTITUCIÓN	PAÍS LIBRE	FONDELIBERTAD
<b>MODALIDADES DEL SECUESTRO</b>	<p>Aquí presenta la manera como se comete el secuestro, incluyendo dos modalidades:</p> <p><b>Selectivo:</b> Involucra varios grupos en interacción, división del trabajo, compartimentación y flujos de información controlados</p> <p><b>Causal:</b> Se da sin la elección previa de la persona y el proceso selectivo de secuestro. Primero se secuestra la persona, después estudian la capacidad económica (se realiza con frecuencia en retenes ilegales en carreteras).</p>	<p>La forma como en el documento lo tipifica es por tres modalidades,</p> <p><b>Secuestro simple:</b> problemas de custodia, noviazgos. Incurrirá en prisión de 12 a 20 años.</p> <p><b>Secuestro extorsivo:</b> Exigencia económica por el regreso del familiar secuestrado. Incurrirá en prisión de 28 a 40 años.</p> <p><b>Secuestro express:</b> Retención de una o más personas por un periodo corto (horas o días). Tienen como finalidad obtener dinero de forma rápida.</p>

En Colombia, el secuestro es un delito frecuente que afecta a toda la sociedad sin importar clase social. Según la Dirección Operativa para la Defensa de la Libertad Personal, procesada por el sistema de información Fundación País Libre (Fundación País Libre, 2012), al parecer hay una disminución considerable en los últimos diez años. Asimismo, se caracteriza por tener intereses económicos. Este es un delito que modifica la forma de vida de las víctimas de manera abrupta y además de ser afectada la víctima directa, también se afectan las secundarias, que generalmente son los familiares, ya que se viola principalmente el derecho de la libre locomoción, reteniendo la o las personas en su mayoría de veces en condiciones precarias y recibiendo amenazas constantemente.

Para abordar los hechos victimizantes anteriormente descritos y poder analizar y relacionar las consecuencias e impactos de los mismos con el estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes es necesario comprender a qué se hace referencia cuándo se habla de lo psicosocial y cuales son los referentes teóricos y conceptuales que fundamentan esta investigación.

## 2.2 Dimensión psicosocial: los modelos y los conceptos que fundamentan

Esta investigación se fundamenta en tres modelos teóricos para estudiar las consecuencias, los impactos y los daños sufridos por niños, niñas y adolescentes en el contexto del conflicto armado, al igual que las posibles intervenciones por realizar. De igual forma, conceptualiza las consecuencias, impactos y dimensiones de manera operativa para dar cuenta de ellos. Estos modelos son el ecológico, el psicosocial y el solidario.

Las consecuencias se refieren a las transformaciones en las distintas áreas del desarrollo y al funcionamiento de

los seres humanos posterior a las vivencias consideradas como potencialmente traumáticas (Ramírez, 2008). Estos cambios implican la disminución de ciertas actividades y el resurgimiento de otras producto de la situación.

**Las consecuencias** siempre se dan en términos de tiempo entre los tres y los seis meses posteriores al evento. Una de las más frecuentes son los indicadores asociados al estrés postraumático, que no siempre se presentan en la misma magnitud y dependen de los factores de riesgo y de la dinámica de los factores moderadores y moduladores.

En el caso de **los impactos**, estos cambios se dan de manera continua y sistemática, y muchas veces alteran el proyecto de vida de las personas que lo sufren. Se pueden convertir en reacciones psicológicas y posteriormente en trastornos psicopatológicos severos. Son las transformaciones que se dan a largo término y producen cambios estructurales en la vida de las personas, niños, niñas y adolescentes (Betancourt, 2010a). Por lo general, tanto las consecuencias como los impactos se evalúan en términos de indicadores de bienestar psicosocial, en el nivel individual y en los diferentes contextos relacionales, como el familiar y el comunitario.

**Las dimensiones** que se tienen en cuenta para la definición de consecuencias e impactos son física, psicológica, espiritual, social, política y cultural. Las áreas que corresponden a la dimensión psicológica son cognitiva, emocional, afectiva y comportamental.

**Los efectos** de las experiencias traumáticas en los niños, niñas y adolescentes varían según la edad y están determinados por múltiples factores. Estas situaciones ocasionan dificultades en el desarrollo, en la capacidad cerebral, en el procesamiento cognitivo, en el desarrollo de habilidades y en la regulación emocional. Estas experiencias potencialmente traumáticas pueden ser definitivas en el

ajuste y en el curso de vida de niños, niñas y adolescentes (Naharro, Soler y Falcone 2008).

**Las afectaciones o secuelas** se miden como la sumatoria de las consecuencias y los impactos a nivel individual, lo que a su vez afecta los niveles familiar, comunitario y cultural. Los conceptos de consecuencias, impactos y afectaciones permiten, desde una mirada psicosocial, dar cuenta de los daños psicológicos en el marco legal para dar vía a los procesos de reparación y rehabilitación (Ramírez, 2012), OIM, ICBF (2013c).

El concepto de daño es definido desde el marco legal y se puede considerar como el perjuicio o menoscabo que sufre una persona (en este caso un niño, niña y adolescente) que ha sido causado por un tercero, por acción u omisión. En el contexto médico-legal también existen múltiples definiciones sobre el concepto de daño. El más utilizado es de la OMS (1976) en la resolución 29:35, que se refiere a "la pérdida o anomalía de una estructura o función fisiológica, anatómica o

psicológica. En cuanto al perjuicio psíquico, se establece que se refiere a todos aquellos deterioros de las funciones psíquicas, generalmente producidos de forma súbita y provocados de manera directa o indirecta por otra persona o por una entidad responsable. Desde la perspectiva del Derecho, cuando se produce una lesión, el responsable está obligado a reparar el daño y debe compensar tanto lo perdido o las lesiones como las secuelas que se consideran las afectaciones. En este sentido, todos los análisis necesarios para la reparación supone la evaluación del daño para que se pueda lograr un verdadero proceso de reparación. Por lo anterior, el objetivo primordial en estos procesos es determinar con la mayor exactitud posible las consecuencias que un proceso traumático ha tenido sobre las facultades mentales de un individuo (Naharro, Soler y Falcone, 2010). Desde el marco jurídico, el daño puede ser personal, que atenta contra la integridad física o psíquica de una persona; material, que puede ser valorado económicamente, y moral, causado directa o indirectamente como consecuencia de los dos anteriores (Naharro, Soler y Falcone, 2010).

**Gráfica 2. Modelo de consecuencias, impactos y afectaciones**



Todos los elementos integrados en la Gráfica 2 son condiciones para que la persona tenga recursos disponibles para enfrentar situaciones adversas de una u otra manera; en caso de que las situaciones sean extremas, determina si la vivencia se convierte en experiencia traumática o no.

Para Garbarino (2013), la guerra es una de las fuentes más importantes que ocasiona trauma en los niños, niñas y adolescentes porque los enfrenta con el lado más oscuro de la experiencia y naturaleza humana. Esto evoca reacciones negativas que, como se mencionó, se relacionan con pensamientos negativos. Según Garbarino los niños, niñas y adolescentes en un conflicto se enfrentan con tres secretos

oscuros de la vida como son que cualquier cosa es posible, que los adultos no los pueden proteger y que la vulnerabilidad humana a la luz de la violencia es absoluta.

### 2.2.1 Modelo ecológico

El modelo ecológico propone que el desarrollo del niño, niña y adolescente se da en el contexto de sus relaciones con el entorno. Las características individuales como el sexo, la edad, el fenotipo y el genotipo determinan la esencia del individuo y se constituyen en su ambiente primario; sin embargo, estas características no son independientes del contexto externo. Los individuos reciben influencias de sus entornos inmediatos

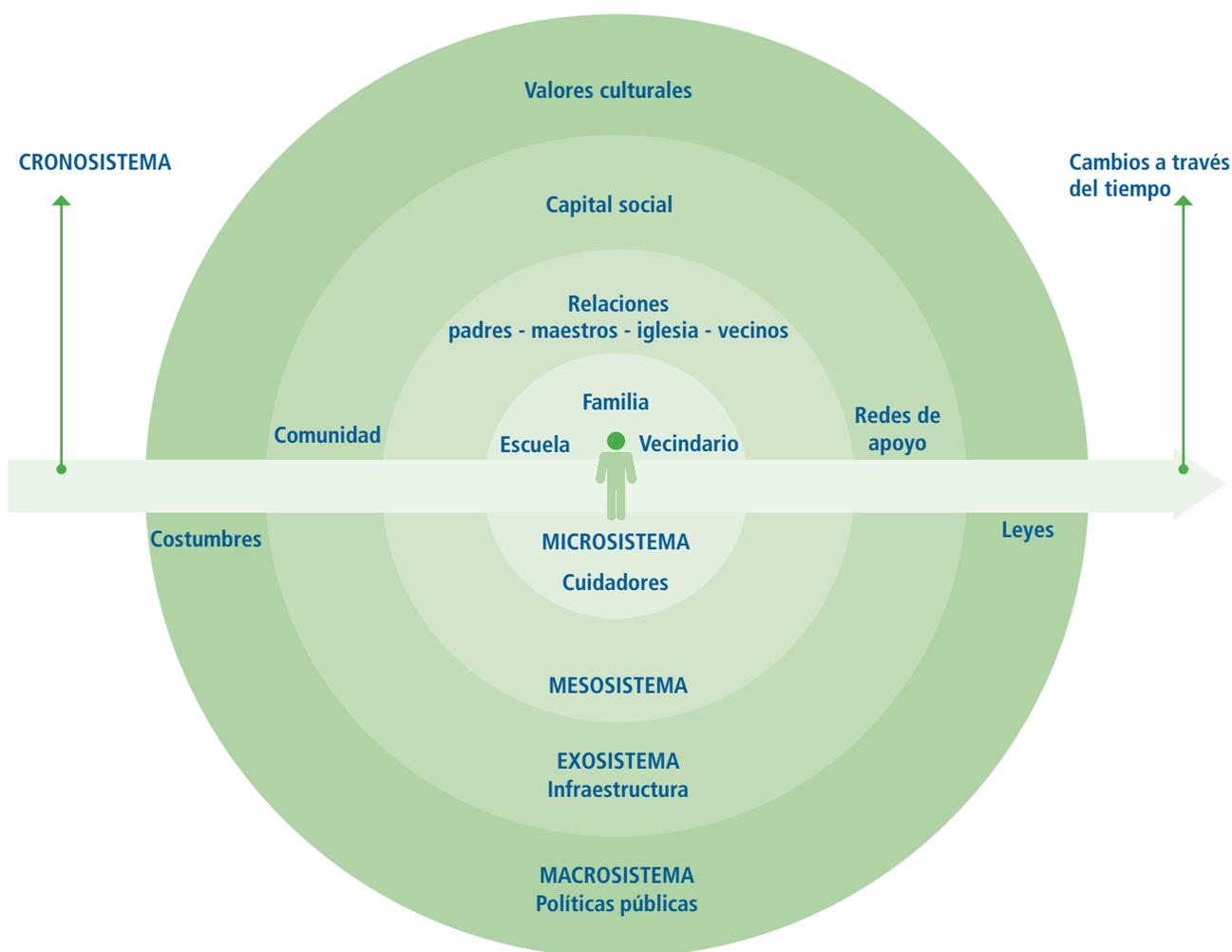
y de las interacciones que se establecen entre los entornos inmediatos y los más distales. Estas influencias son recíprocas y dinámicas, lo que genera una transformación constante tanto en el individuo como en su entorno.

Los contextos están representados por un modelo multinivel en el que los ambientes que están más próximos al individuo se encuentran inmersos en contextos más amplios y abarcan un mayor número de elementos. Efectivamente, en términos generales el modelo original de Bronfenbrenner (1976, 1979, 1986, 1992, 1999, 2005), denominado "modelo ecológico", propone que el ambiente en el cual se desarrollan los individuos puede organizarse en función de diferentes sistemas concéntricos que interactúan entre sí. El microsistema, conformado por los entornos más cercanos al individuo, hace referencia a los comportamientos, las relaciones y los roles que se dan en el entorno inmediato de las personas, como las relaciones con los padres, los pares y los profesores.

El mesosistema, surge como resultado de las interrelaciones que se crean entre dos o más entornos en los que la persona se desarrolla; en otras palabras, se considera que el mesosistema es un sistema de microsistemas.

El siguiente nivel de análisis lo constituye el exosistema. En este nivel, Bronfenbrenner (1976, 1979, 1986, 1992, 1999, 2005) hace referencia a los contextos o eventos que no implican la participación activa y directa del individuo, pero que ejercen una influencia importante sobre este, como el colegio o el estrato socioeconómico. Posteriormente, está el macrosistema, concebido como una categoría más general, y se refiere a las transiciones y los eventos de la cultura o la sociedad de la que hace parte un individuo (Organización Internacional para las Migraciones OIM y Universidad de los Andes, 2011). Finalmente, en los últimos años se ha incluido en el modelo el cronosistema. Reconoce que los individuos viven en un proceso de transformación constante, su entorno es dinámico y varía en función del tiempo (Gráfica 3).

Gráfica 3. Modelo ecológico de Bronfenbrenner



Los cambios o conflictos en cualquier nivel del entorno del niño, niña y adolescente crean ondas que repercuten en los otros niveles. Para entenderlo, es necesario considerar todos los niveles del entorno.

Esta aproximación a la relación individuo–ambiente se ha convertido en uno de los marcos conceptuales más relevantes para comprender y analizar fenómenos complejos como el reclutamiento de niños, niñas y adolescentes por grupos armados ilegales, pues combina, desde una perspectiva multinivel, componentes individuales y ambientales. El ambiente, en este sentido, lo conforman todos los factores que se encuentran por fuera del individuo y que influyen en su comportamiento (Sallis y Owen, 2002, citado por Vargas-Trujillo, 2011). Desde una perspectiva más operativa y que permitió analizar los factores asociados con los diferentes hechos victimizantes, estos contextos se refieren al individual, familiar, comunitario y cultural, entre los cuales hay una interacción y una dinámica de intercambio esencial tal y como lo formula Sameroff (1990).

### 2.2.2 El modelo solidario

El modelo solidario complejiza la naturaleza humana desde una perspectiva integral transdisciplinaria, transectorial y ecosistémica, considera que tanto la conceptualización de lo psicosocial como las intervenciones deben fundamentarse en principios que deben ser concebidos desde la complejidad incluyendo al individuo y su familia.

El modelo solidario considera las problemáticas asociadas al conflicto en todo nivel y así mismo las acciones que se lleven a cabo para mitigar el sufrimiento. De igual forma tanto la perspectiva de análisis como de intervención debe permitir innovar, implementar y transformar modelos de atención, utilizando la evidencia desde el trabajo de campo y a partir de una lectura juiciosa del contexto. Es esencial para este modelo que la realidad se transforme y se recree a través del tiempo no solo a través de la lectura de la misma sino a partir de las intervenciones que se llevan a cabo con los niños, niñas y adolescentes así como con sus familias y comunidades desde la confianza y la participación en los diferentes procesos.

Todo lo anterior se hace posible si se logra trabajar en la interpretación del pasado y orientar el presente basándose en dicha interpretación, y si adicionalmente se permite integrar el conocimiento y los valores para diseñar la intervención social y aumentar la participación de los implicados siguiendo los principios constitucionales y éticos de la democracia: transparencia, participación, inclusión, etcétera, incluyendo premisas objetivas y subjetivas que involucren técnicas

cuantitativas y cualitativas con una lógica pragmática que de los lineamientos pero no límite, lo cual implica tener una apertura genuina a otras aproximaciones que permitan enriquecer la comprensión y la intervención de los fenómenos sociales, siguiendo más un lineamiento heurístico que algorítmico, teniendo en cuenta que los problemas referentes a los individuos, las familias y las comunidades son fenómenos sociales emergentes complejos.

El modelo solidario considera fundamental trascender la atención individual y comenzar a incluir a la familia en las intervenciones. La familia es el contexto proximal para generar vínculos, favorecer la socialización y de esta manera estimular el desarrollo humano. En la familia recae la responsabilidad de satisfacer los derechos básicos de los individuos en primera instancia. La familia tiene un papel de mediación entre sus miembros, la sociedad y el Estado en las funciones de supervivencia, socialización y desarrollo de los individuos, aun cuando comparta esas responsabilidades con instituciones sociales.

La familia se considera la base de la sociedad y como tal requiere respeto, autonomía y reconocimiento a la hora de plantear intervenciones. Al intervenir a la familia, se está interviniendo a sus miembros, a la comunidad y a la sociedad. Esta es una buena forma de garantizar el cumplimiento de los derechos y de invertir recursos de forma costo-efectiva. El modelo solidario exige dejar de ver a la familia y al niño como objetos de estudio independientes del contexto, para llegar a una comprensión donde los sujetos construyen su realidad en relación con sus entornos sociopolíticos.

El ICBF ha adoptado este modelo de atención, asumiendo que es fundamental trascender la atención individual y activar procesos de colaboración y de corresponsabilidad con la familia, porque para los individuos es el contexto más propicio para generar vínculos significativos, favorecer la socialización y estimular el desarrollo humano. Para el Estado y la sociedad, la familia es su capital social. Como capital social, la familia es un bien de la humanidad que coevoluciona con todos los demás sistemas sociales, participa como unidad activa en el juego social y requiere en consecuencia respeto a su autonomía y reconocimiento de su pleno protagonismo en la conservación constructiva de los individuos y de la sociedad. Por lo tanto, al invertir en la familia como unidad, se está invirtiendo en el desarrollo de las personas, las comunidades y el país, y se está garantizando el cumplimiento de los derechos y el destino efectivo de los recursos.

### 2.2.3 Modelo Psicosocial

El concepto psicosocial se refiere a la relación de los factores sociales en el funcionamiento psicológico y en el comportamiento de las personas y más específicamente, a la interrelación entre los individuos y la sociedad en contextos culturales particulares (OED, 1997) citado por OIM, (2011).

El concepto psicosocial se explica en función de la influencia de los factores sociales en el comportamiento y el funcionamiento psicológico de una persona; de manera más amplia, a la interrelación entre mente y sociedad. Es utilizado para definir las consideraciones de esta interconexión de las dimensiones psicológicas, sociales, culturales y antropológicas en diferentes actividades. No debe ser entendido solo como una consideración de las implicaciones sociales en el desarrollo y respuesta a trastornos psicológicos, ni tampoco como una comprensión únicamente psicológica de los problemas sociales. El rol de la respuesta psicosocial es más amplio; recae en cómo, a través de diferentes estrategias y acciones, se contribuye al bienestar de las poblaciones. Es importante tener en cuenta para el diseño de respuestas psicosociales, que un factor clave en el bienestar psicosocial de todas las personas son los elementos que constituyen la identidad individual, familiar y social. Dichos elementos, al ser constitutivos de la identidad, no se pueden entender de manera separada. La identidad se refiere a los roles colectivos e individuales, así como a la influencia de la percepción que “los otros” tienen sobre la identidad o el rol desempeñado.

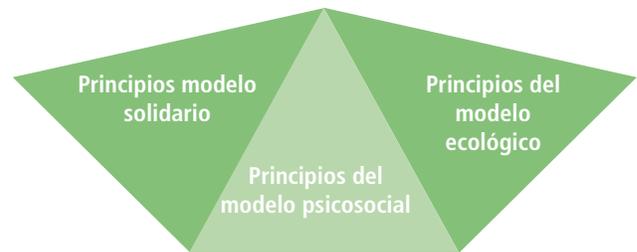
Como enfoque lo psicosocial es una forma de comprender y reconocer la interrelación de las dimensiones psicológicas, sociales, culturales de las poblaciones con las que trabajamos, en todas las acciones que se desarrollen. Facilita hacer ajustes a las intervenciones para no generar efectos negativos en las personas y al contrario potenciar la capacidad de contribuir al bienestar y a la reconstrucción de sus proyectos de vida (OIM, 2011).

Adicionalmente, desde una perspectiva transcultural, se entiende la salud mental como un concepto que trasciende la postura de “ausencia de trastornos mentales” y está dada en función de la relación que hay entre los componentes físico, psicológico, social y cultural, que determinan a su vez efectos en la salud. Esta comprensión más amplia es relevante para la población migrante en general, así como para un contexto como el colombiano, en el que la pluralidad de culturas obliga a pensar la salud mental desde los contextos multiétnicos y las características de la población (OIM, 2011)

En conclusión, esta investigación se basa en tres modelos conceptuales. El modelo ecológico, el modelo solidario y el

modelo psicosocial. El modelo ecológico presenta el marco general de interacción de contextos y factores; el modelo solidario invita a dar a las familias un estatus especial dentro de la investigación y en particular dentro de las intervenciones propuestas., el modelo psicosocial enfatiza en la importancia de la intersección de lo psicológico, lo social y lo cultural para el estudio de los impactos psicosociales.

**Gráfica 4. Integración de los tres modelos fundamento del estudio**



Estos tres modelos confluyen en unos fundamentos que se enuncian a continuación, y que se encuentran descritos en el MIAP (ICBF, OIM, 2013):

1. La concepción de sujeto activo y partícipe de su desarrollo, concebido dentro de contextos relacionales que le permiten la construcción de la identidad, en un proceso evolutivo en la perspectiva de ciclo vital.
2. Énfasis en el análisis de contextos relacionales, como la familia, la comunidad, la cultura y la institucionalidad.
3. Énfasis en la capacidad vincular de los niños, niñas, adolescentes, de la familia y la comunidad y el fortalecimiento de los vínculos dentro de redes de apoyo emocional, instrumental e informacional.
4. Una concepción clara de los factores de vulnerabilidad y resiliencia como moduladores y mediadores de las consecuencias e impactos de los hechos victimizantes en los niños, niñas y adolescentes que han sufrido esas situaciones.
5. La interactividad de los contextos como eje fundamental de la relación entre los diferentes contextos en los que se da el desarrollo.
6. Definición de componentes de análisis y valoración dentro de cada uno de los contextos relacionales que permiten y facilitan la respuesta frente a la adversidad.
7. La consideración de la protección como el marco de los derechos humanos, la reparación integral y la reconciliación esenciales en la implementación de los marcos legislativos vigentes.

8. La participación, la corresponsabilidad y la rigurosidad desde las evidencias como elementos necesarios para preservar el bienestar psicosocial de los niños, niñas, adolescentes y su calidad de vida (ICBF, OIM, 2013), modelo integrado de atención psicosocial)

Todos los planteamientos anteriores permiten tener un fundamento para analizar el bienestar psicosocial y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado de una manera integral para analizar las consecuencias e impactos, a partir de la vivencia de una experiencia potencialmente traumática, en los indicadores psicosociales definidos en el presente estudio.

## 2.3 Bienestar y salud mental: desarrollo y experiencias potencialmente traumáticas

El bienestar psicosocial y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes debe ser considerado desde la perspectiva del desarrollo. Los procesos evolutivos de la infancia, la niñez y la adolescencia no solo dependen de los factores biológicos y genéticos, sino de las oportunidades que el ambiente les proporcione así niños, niñas y adolescentes que crecen en ambientes adversos tendrán mayores dificultades en su proceso de desarrollo y adaptación a la vida adulta.

Las consecuencias negativas que traen las guerras, los actos terroristas, la violencia en general y la situación de pobreza en el desarrollo psicosocial y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes son de gran importancia y, por lo tanto, entender estos impactos permitirá llevar a cabo acciones efectivas para reducir los problemas emocionales y el sufrimiento y promover la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, lo cual es un gran reto para los países en general (Peltonen y Punamäki, 2010).

Entre las consecuencias de las guerras en niños, niñas y adolescentes, los efectos en la salud mental y el bienestar psicológico son los más frecuentes, aunque esto se evidencia de manera diferente en cada uno de ellos, dependiendo de varios elementos:

1. La condición de vulnerabilidad
2. El tipo de evento al que fueron expuestos y los actores que participaron
3. El momento del desarrollo en el cual se encuentran en contacto en el momento de la exposición

Algunos estudios muestran que estos eventos aumentan los índices de trastornos mentales en diversos grados de severidad. Los más afectados son mujeres, niños y niñas, y las tasas de prevalencia están más asociadas con el grado de exposición al evento traumático, la disponibilidad de apoyo y los factores culturales y espirituales propios del contexto (Srinivasamurthy y Laksiminarayna, 2006). Los efectos de la guerra son difíciles de documentar, pero es bien sabido que no se limitan a las lesiones físicas (Watts, 2009). Se sabe de los impactos mentales y psicológicos que afectan tanto a adultos como a niños tras hechos violentos como los que rodean el conflicto armado.

El desarrollo infantil temprano está altamente relacionado con cuadros psicopatológicos. Rutter y Sroufe (1984) han enfatizado el hecho de que la presencia de dificultades en la vida temprana aumentan el riesgo de problemas en el desarrollo de los niños y son predictores de trastornos psicopatológicos en la edad adulta. Han planteado en diversos artículos la relación entre factores de riesgo y protectores, los cuales ocasionan o atenúan los efectos de situaciones adversas (Ramírez, 2008). Identifican un campo de estudio independiente de otras disciplinas, como la psicopatología del desarrollo, la cual define un punto de partida así como un límite al espectro del bienestar psicosocial. Según Rutter y Sroufe (1984), la psicopatología del desarrollo se define como:

“...el estudio de los orígenes, y el curso del patrón del comportamiento desadaptativo individual, independiente de la edad, las causas en sí, los cambios y transformaciones en la manifestación conductual y de la complejidad del patrón presente....” (p. 18).

Estos autores han analizado los procesos que explican el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, más allá de la concepción del cambio cronológico, el interés ha estado centrado en determinar cómo los procesos causales, son tomados como cadenas de eventos y reacciones que operan en lapsos de tiempo de manera gradual y constante, sin desconocer el papel de cada uno de los contextos distales y proximales a estos desde una mirada compleja (Rutter y Sroufe 2000). Esto implica tener en cuenta a la familia, la comunidad y la cultura.

El desarrollo se ha concebido, desde esta perspectiva, como un proceso activo y dinámico el cual incluye el procesamiento cognoscitivo y afectivo del individuo además del significado que otorga a las experiencias. El componente biológico influye en la forma como las personas reaccionan a las experiencias pero a su vez también el organismo biológico es moldeado a partir

de las experiencias. El desarrollo se ha visto entonces como una extensión en todo el ciclo de vida. Por lo anterior, el desarrollo evolutivo no se ve solo como el logro de la madurez biológica hasta el grado superior de competencia o hasta la estabilidad de los rasgos de personalidad, sino hasta el logro de la coherencia y armonía entre el funcionamiento cognitivo y afectivo del ser humano ((Maughan y Rutter, 2013).

Para Rutter, existe una serie de elementos que explican la relación de las experiencias tempranas con la manifestación de indicadores psicosociales y de salud mental posteriores:

- La experiencia se asocia con una manifestación de aparición temprana y persiste en el tiempo.
- La situación ocasiona cambios corporales que influye en el funcionamiento posterior.
- Existen ciertos patrones de comportamiento en el tiempo que posteriormente se convierten en un trastorno clínico.
- Los eventos tempranos que modifican las condiciones de la familia, con el tiempo, pueden llegar a producir el indicador psicosocial.
- La capacidad o sensibilidad para afrontar el estrés.
- Las experiencias que alteran el concepto de sí mismo o las actitudes las cuales pueden influenciar las formas de acción posteriormente.
- Las experiencias influyen en el niño, niña y adolescente; esto hace que se vuelva altamente selectivo y no responda adecuadamente en momentos adversos.

Rutter (1987) ha desarrollado toda una teoría sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud mental de la infancia, la niñez y la adolescencia. El enfoque de riesgo, postula que existe una serie de variables o condiciones que aumentan la probabilidad de que se produzcan desajustes a lo largo de la vida de las personas. La forma de responder ante los factores de riesgo es variada, ya que algunas personas pueden ser más o menos vulnerables a estos factores o puede tener mayor capacidad de afrontamiento o mejor capacidad de respuesta a la adversidad. Estos se han denominado factores de protección o resiliencia.

Cada una de las etapas del desarrollo se caracteriza por ser un proceso de integración de todas las experiencias y situaciones frente a la que los niños, niñas y adolescentes van construyendo su identidad y su proyecto de vida. El periodo de la adolescencia corresponde a la segunda década de la vida entre las edades de 10-19 años, según lo ha establecido la OMS. En el mundo, una de cada cinco personas es adolescente, y el 85 % de esta población habita en países en desarrollo.

La adolescencia se define como el periodo transcurrido entre la pubertad y la adultez (Gullotta, Adams y Markstrom, 1999), que se caracteriza por los cambios físicos y hormonales que incluyen aquellos relacionados con la maduración sexual —como el crecimiento de los genitales, la aparición y el crecimiento de vello púbico—, el incremento del peso y la talla, los cambios en la composición corporal y en la conducta, entre otros (Stang y Story, 2005). Se hace énfasis en la etapa de la adolescencia porque si bien es cierto las otras son muy importantes en términos del desarrollo de habilidades para enfrentar la adversidad, tal vez es en la adolescencia donde los impactos deben ser estudiados con mayor profundidad.

Desde el inicio de la pubertad, los adolescentes se enfrentan a situaciones que les permiten reconocer y determinar su postura frente a los valores éticos, la moral, la imagen corporal, los vínculos con personas de su misma edad, el proceso de separación emocional de sus padres, la autonomía social y la autoestima (Stang y Story, 2005).

Este cambio de pensamiento y de actitud frente a situaciones que requieren de la autonomía del adolescente ocurre de forma progresiva. Inicialmente, el comportamiento del joven se caracteriza por conductas egocéntricas e impulsivas que pueden conducirlo a participar en situaciones de riesgo para su integridad física e incluso sexual y emocional (Stang y Story, 2005). Pero luego, progresivamente el adolescente avanza hacia el desarrollo de una identidad única que es capaz de solucionar problemas de mayor complejidad, situación a la que se le suma la finalización de los cambios físicos y hormonales, lo cual favorece aún más ese sentimiento de armonía que caracteriza a el último periodo de la adolescencia (Stang y Story, 2005).

En el caso del conflicto armado, esta situación expone a los niños, niñas y adolescentes a tales eventos que la probabilidad de desarrollar indicadores o manifestaciones de salud mental son altas. En su mayoría estas experiencias pueden interferir de manera decisiva con el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes en sus diversas dimensiones (Cicchetti, 2004).

Gráfica 5. Esquema relacional de la proximidad de eventos relacionados con el conflicto armado y el nivel de afectación



Las formas de respuesta de los niños, niñas y adolescentes frente a la adversidad están relacionadas con algunos factores, entre los cuales están el nivel de exposición a los eventos, la elaboración propia del niño, niña y adolescente de la experiencia, la historia, las redes de apoyo y los recursos propios del niño, niña y adolescente definen el grado y nivel de secuelas o afectación que puede manifestar en algún momento de la vida, lo cual está directamente relacionado con el impacto en el bienestar psicosocial y en la salud mental. En la Gráfica 5 se muestra que dependiendo del nivel de exposición directo o indirecto tendrá un efecto diferencial en el desarrollo. No solo lo proximal o distal del evento sino la repetición de los eventos influye en las consecuencias y los impactos como se explica posteriormente en el aparte sobre experiencias potencialmente traumáticas.

Según la OMS, la salud se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad (OMS, 1946). Esta definición es aplicable para todos los grupos poblacionales independientemente de su raza, su afiliación política, su religión o su condición económica o social.

Respecto a la salud mental global, las investigaciones epidemiológicas han encontrado que cerca del 10 al 15 % de los niños y adolescentes padecen de algún tipo de trastorno mental o del comportamiento (OMS, 2001), mientras que en América Latina y el Caribe, la prevalencia para cualquier trastorno mental oscila entre 12,7 y 15 % (Kohn y Rodríguez,

2009). La importancia del diagnóstico y el manejo oportuno de estas condiciones radica en que algunas de ellas están relacionadas con otros problemas frecuentes en la población adolescente, como el suicidio y el consumo o la dependencia de sustancias como el alcohol (Torres et al., 2010).

Para Betancourt (2011), los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en contextos de crisis que requieren atención humanitaria son los que muestran mayores necesidades de atención en salud mental, no solo por las consecuencias inmediatas que esto produce sino por los efectos a largo término o impactos que tienen los conflictos en los niños, niñas y adolescentes. Los estudios realizados por esta autora, particularmente en muestras de niños y adolescentes desvinculados del conflicto armado en Sierra Leona, muestran que tienen dificultades en varias áreas del desarrollo particularmente en la competencia social. Además de lo anterior, si estos niños no tienen adecuados servicios, como acceso a la educación y otras oportunidades de crecimiento y autorrealización en los periodos del posconflicto, sus dificultades se verán en aumento, lo cual incide no solo en su ajuste en la edad adulta sino también en el desarrollo.

Los niños, niñas y adolescentes son expuestos a eventos dentro del conflicto armado que son potencialmente traumáticos y que desencadenan una serie de reacciones. La exposición a un evento adverso o potencialmente traumático ocasiona una respuesta inicial que activa una serie de mecanismos en el individuo que le permite responder a la

situación. Una vez pasa el momento agudo de la crisis, se da una respuesta elaborada que depende principalmente del significado atribuido al proceso adverso. Este significado está influido por las creencias del individuo y los recursos que posea. La respuesta elaborada es un proceso normal que no debe considerarse como patológico. La población infantil es especialmente vulnerable al conflicto armado y la exposición a experiencias traumáticas o potencialmente traumáticas en todos los niveles. Estas situaciones producen respuestas normales frente a eventos que sobrepasan la racionalidad y en un momento dado ocasionan un sufrimiento en los que lo padecen. Se ha documentado que esta población puede presentar síndrome de estrés postraumático, depresión, ansiedad, entre otros, tras su contacto con hechos violentos.

Garbarino (2008, 2013) afirma que los efectos a largo término de la exposición a eventos traumáticos no solo se dan en la exposición directa sino también en la exposición indirecta y esto depende del grado de conexión entre la víctima directa y el observador secundario o testigo. Esto también se aplica para los niños, niñas y adolescentes que viven de diferente forma la guerra en Colombia. Este autor también afirma que es importante tener en consideración la diferencia entre los incidentes único de tipo traumático (trauma agudo) y patrones repetidos traumáticos (trauma crónico). En el primer caso, los niños, niñas y adolescentes experimentan una interferencia emocional pero por lo general responden apropiadamente a los esfuerzos de los adultos para recobrar la sensación de seguridad; sin embargo, cuando un niño, niña o adolescente tiene experiencias traumáticas repetidas, los efectos son muy devastadores y los impactos trascienden a la respuesta inicial, es decir, que esto pone a prueba el mismo sentido de la vida y la integridad.

Un común denominador del trauma psicológico pueden ser los indicadores como el miedo intenso, la sensación de desesperanza, la pérdida del control y la sensación de aniquilación, los síntomas del trauma psicológico puede llevar al desarrollo de problemas interpersonales, la disociación, la depresión o la hipervigilancia (Briere & Runtz, 1989, 1993; Browne & Finkelhor, 1986; Cole & Putnam, 1992; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). Garbarino (2013) afirma que el trauma es la experiencia simultánea de sentimientos negativos extremadamente poderosos (activación excesiva), asociada con pensamientos que sobrepasan el umbral de la realidad (cogniciones distorsionadas). Esto significa que la cantidad de estimulación sensorial para el cerebro es excesiva para lograr el procesamiento de la experiencia. Cuando se experimenta una situación de esta clase, los pensamientos asociados al evento pueden de hecho producir la activación emocional excesiva o procesar la información de tal forma que modifica el patrón de memoria.

Es importante considerar que los diversos enfoques plantean aportes a la comprensión del fenómeno de los impactos de la guerra. Son evidentes las diferencias en las posturas de las intervenciones enfocadas en el trauma y aquellos que se centran en los modelos de enfoque psicosocial. Si bien algunos autores consideran que son irreconciliables, en este contexto se conciben más bien como posturas complementarias para abordar un fenómeno de tal complejidad. Sin embargo, este debate se ha centrado en la discusión entre hasta donde las personas son vulnerables o resilientes frente a una experiencia adversa. Según Miller y Rasmussen (2010), las necesidades de salud mental en contexto de conflicto y posconflicto deben tener en consideración el papel de los estresores cotidianos porque estos pueden ser mediadores en relación con la exposición directa a la guerra y los efectos que esta ocasiona. Los autores señalan que las posturas centradas en el trauma tienden a maximizar el impacto directo de la exposición a los eventos de guerra en la salud mental, y no consideran otros factores que son mediadores y moduladores de estos efectos, como los sociales del contexto y los estresores diarios a los que las personas se ven expuestas ni la acumulación de eventos.

Los eventos traumáticos tienen unos impactos negativos particularmente en la regulación de los procesos cognoscitivos (atención, memoria e interpretación), adicionalmente muestran dificultades verbales que en la edad adulta inciden en la función ejecutiva del lóbulo frontal (Dickie et. al 2008) en los procesos emocionales (reconocimiento y expresión de las emociones y en la capacidad de recuperar la calma) en la funcionalidad (dormir y comer apropiadamente). Estas condiciones ubican a los niños, niñas y adolescentes que ha sufrido un trauma en un alto riesgo para desarrollar problemas de salud mental (Maughan and Cicchetti, 2002). Saigh y cols (2006) encontraron déficits cognoscitivos en las tareas verbales, pero no en el CI de niños y adolescentes libaneses. Además de lo anterior, se encontró en niños expuestos a trauma una expresión minimizada en la memoria autobiográfica y menos integración en la memoria episódica. Dybdahl (2001) encontró en niños Bosnios bajos niveles de ejecución cognoscitiva comparados con niños que no habían estado expuestos a la guerra. Así mismo, en los niños palestinos que habían sido expuestos a pérdidas severas, destrucción del hogar y habían sido heridos en el conflicto, encontraron incapacidades cognoscitivas básicamente en la atención y la concentración. Estas son fundamentales para preservar la salud mental, además porque estas competencias son básicas para mantener la memoria verbal episódica y es necesaria para integrar las experiencias traumáticas; los daños en la memoria verbal interfieren con el procesamiento integrativo del trauma.

## 2.4 Indicadores físicos y psicosociales

### 2.4.1 Indicadores de salud física

En la presente investigación se analizaron algunos indicadores de salud física; sin embargo, se hace énfasis en aquellos indicadores relacionados con el peso y el componente de nutrición, ya que es el que arroja datos contradictorios que deben ser tenidos en cuenta.

A nivel mundial son tres los principales trastornos que afectan a la población infantil y adolescente en términos de su estado nutricional: la desnutrición, la obesidad y el déficit de micronutrientes (OMS, 2005), los cuales han demostrado tener impacto en la morbilidad y la durante la juventud y la adultez (Flegal, Graubard, Williamson y Gail, 2007; Pelletier, 1994). En los contextos de conflicto armado, particularmente en las poblaciones en situación de desplazamiento, las condiciones de extrema pobreza inciden en la posibilidad de obtener recursos para tener una alimentación balanceada, lo que hace que los niños, niñas y adolescentes tengan dificultades en este aspecto.

Según la OMS, la desnutrición es el resultado de una ingesta de alimentos insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, de una absorción deficiente o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos, que adicionalmente con frecuencia generan una pérdida de peso corporal (OMS). En Estados Unidos, la principal causa de falla en el crecimiento y retardo en el desarrollo puberal entre los adolescentes es la restricción autoinducida de la ingesta de nutrientes (Golden, Yang, Jacobson, Robinson y Shaw, 2012; Rogol, Clark y Roemmich, 2000) como manifestación de trastornos de la conducta alimentaria, mientras que en países en desarrollo la principal causa de desnutrición es la pobreza, la cual se relaciona directamente con la baja ingesta de alimentos (OMS, 2002, 2005).

Cabe anotar que existen diferencias en relación con la precisión de los parámetros empleados para determinar la existencia de trastornos nutricionales en los adolescentes debido a que los cambios propios del crecimiento y el desarrollo que se relacionan con la composición corporal, el inicio de la pubertad, las diferencias étnicas impactan de forma muy variada en las medidas de cada adolescente (Woodruff y Duffield, 2002). Se ha propuesto una clasificación generalizada para la desnutrición que categoriza a esta enfermedad en aguda y crónica. La desnutrición aguda está relacionada con el déficit del peso por altura y que resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o de

enfermedad que se desarrolla muy rápidamente en el tiempo y es de corta duración y limitada. La desnutrición crónica por su parte se relaciona con un retardo de altura para la edad y se asocia principalmente a situaciones de pobreza (Programa Especial para la Seguridad Alimentaria, Pesa).

Por su parte, la obesidad, que resulta de un desbalance entre la ingesta y el gasto de energía en el organismo, ha prendido también las alarmas, su prevalencia y severidad se ha incrementado en niños y adolescentes en los últimos años (Daniels et al., 2005) tanto así que actualmente, uno de cada siete niños y adolescente en Estados Unidos tiene sobrepeso (Swallen, Reither, Haas y Meier, 2005).

### 2.4.2 Indicadores emocionales

#### 2.4.2.1 Asociados al afecto

En relación con los indicadores psicosociales o sociales del estado de ánimo se han documentado en los niños expuestos a situaciones de conflicto y particularmente los que han sido expuestos a eventos potencialmente traumáticos. Entre estos, lo más frecuentes son los síndromes depresivos que pueden oscilar desde el episodio depresivo mayor hasta el trastorno depresivo mayor.

Para Moore y Carr (2000), citado por Ramírez, (2008), los niños depresivos muestran una serie de indicadores correspondientes a tres procesos emocionales. Estado de ánimo depresivo, irritabilidad y ansiedad, en el nivel comportamental pueden mostrar bajos niveles de activación (lentificación motora), o conductas contrarias (agitación motora); pueden mostrar fracaso en desarrollar actividades orientadas al logro o una incapacidad para desarrollar una conexión con familiares o amigos, en ocasiones pueden presentarse comportamientos autodestructivos. Por otro lado, hay una disminución en la energía, perturbaciones del sueño y el apetito, síntomas somáticos, dificultad en las interacciones con otros, se describen solitarios e incapaces de establecer relaciones efectivas.

La depresión es un trastorno internalizante que se caracteriza por una serie de síntomas que no son fácilmente observables. Los síntomas cognoscitivos como la culpa, la auto depreciación, las ideas suicidas, la desesperanza y los sentimientos de minusvalía no son de fácil detección; ocasionalmente se dan otras características asociadas como son las dificultades en el sueño, las quejas somáticas, la pérdida del apetito que pueden ser desapercibidas por los adultos (Reynolds, 2006, citado por Ramírez, 2008).

En el episodio depresivo mayor, el individuo permanece con un estado de ánimo depresivo o con pérdida del interés o de la capacidad de disfrute por un periodo mínimo de dos semanas, asociado con al menos cinco de los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo, aunque en los niños y adolescentes puede ser irritable; disminución acusada del interés o de la capacidad de disfrutar de todas o casi todas las actividades; aumento o pérdida de peso sin hacer régimen dietario o aumento del apetito (en los niños se tienen en cuenta los fracasos en lograr los aumentos de peso esperados); insomnio o hipersomnias; agitación o entecimiento psicomotor; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión; pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Problemas somáticos, dificultades con la autoimagen y con la capacidad de relación. Estos síntomas con frecuencia se manifiestan la mayor parte del día y casi todos los días y usualmente persisten por más de dos meses.

Un niño que presente un episodio de trastorno depresivo puede posteriormente evolucionar a un trastorno depresivo mayor. Si un niño presenta dos o más episodios depresivos mayores que estén separados por al menos dos meses, puede considerarse el diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante. El trastorno depresivo mayor (TDM), definido como el conjunto variado de síntomas casi exclusivamente afectivos en los que predomina el ánimo bajo o la irritabilidad, que alteran o provocan un cambio respecto al desempeño previo de todos los aspectos de la vida de un individuo, desde hace varios años ha cobrado gran importancia no solo por el impacto en la funcionalidad de las personas que lo padecen, sino por la carga para los sistemas de salud (Ministerio de la Protección Social de Colombia, MPS, Universidad CES y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNOCD, 2010). Es tanto así que la depresión respecto a la carga de enfermedad se ubica en el tercer lugar a nivel global, en el octavo lugar en países de bajos ingresos y en el primer lugar en países de medianos y altos ingresos, aunque en América esta enfermedad es una de las tres principales causas de mayor carga de enfermedad (OMS, 2008).

La población infantil y adolescente no ha escapado a este trastorno, que cada vez es más frecuente dado el diagnóstico temprano (Guo, Nilsson, Heiligenstein, Wilson y Emslie, 2006). Los niños o adolescentes con TDM presentan ánimo bajo, determinado principalmente por la

irritabilidad, a lo cual se suma la incapacidad de disfrutar de las cosas que usualmente les gustan, los fracasos en el crecimiento ponderal relacionado con la edad y el género, los problemas para concentrarse en relación con su funcionamiento previo, la presencia de ideas de minusvalía, el aislamiento, la disminución del rendimiento escolar, los cambios en el apetito, la labilidad emocional, el llanto fácil, las alteraciones en el sueño, la disminución de la energía, la dificultad para pensar en el futuro, el aumento de las conductas de riesgo e incluso la ideación suicida. El diagnóstico de este trastorno ocurre tras la verificación de la presencia de al menos cinco de estos síntomas por mínimo dos semanas, en las que la irritabilidad sea notoria y provoque un malestar en el desarrollo habitual del niño o adolescente (American Psychiatric Association, 2000; Brent y Maalouf, 2009).

La prevalencia del TDM en niños es 1-2 % y adolescentes oscila entre 3 y 8 % (Costello, Mustillo, Erkanli y Cols, 2003), aunque es importante anotar que tras el inicio de la pubertad el riesgo de presentar TDM aumenta en el género femenino con una proporción 1:2 (Costello, Erkanli y Angold, 2006). En Colombia, durante el año 2010 se adelantó el Estudio nacional de salud mental en adolescentes, en el cual participaron aproximadamente 158.000 jóvenes del país. Se encontró que la prevalencia global de depresión en adolescentes fue del 5 % en los 12 meses anteriores al estudio y así mismo, que el TDM se encuentra en una proporción cercana a 1:2 entre hombres y mujeres respectivamente, con una prevalencia de 3,5 % en hombres y 6,5 % en mujeres en los últimos 12 meses (MPS et al., 2010). Estas cifras concuerdan los hallazgos a nivel mundial, mas son preocupantes si se tiene en cuenta que la depresión es la principal causa de carga de enfermedad para las mujeres de países de altos, medianos y bajos ingresos y que, en comparación con el género masculino, la depresión es 50 % mayor (OMS, 2008).

Los factores de riesgo para el desarrollo de la depresión se han agrupado clásicamente en tres grupos: los factores genéticos, los factores medioambientales y las características individuales. Respecto a los factores genéticos se ha encontrado que cerca de un 20 a un 50 % de los jóvenes que experimentan depresión durante la adolescencia tienen un familiar con depresión u otra enfermedad mental (Dennehy et al., 2006; Kovacs, Devlin, Pollock, Richards y Mukerji, 1997; Puig-Antich et al., 1989), siendo particularmente importante la presencia de depresión en uno de los padres, pues tienen más de tres veces la probabilidad de presentar un cuadro depresivo.

En cuanto a los factores medioambientales se ha encontrado que niños y jóvenes que viven en ambientes familiares conflictivos, de bajo estatus socioeconómico, con muerte temprana de uno de los padres, expuestos a maltrato físico o abuso sexual, o en ambientes adversos tienen un mayor riesgo de presentar depresión en la niñez o la adolescencia. Dentro de estos factores también están la exposición a hechos victimizantes dentro de un contexto de guerra. Betancourt (2008, 2010), en estudios realizados con adolescentes desvinculados de grupos ilegales en Sierra Leona, encontró que las adolescentes que reportaron haber sido víctimas de violación mostraron altos índices de ansiedad y depresión después de haber estado en la guerra. Estos niveles aumentaban si habían sido vinculados a los grupos a temprana edad. Resultados similares encontraron Kohrt, Mark, Jordans, Wietse, Speckman, Maharjan, Worthman y Komproe (2008) en una muestra de niños en Nepal que habían sido expuestos a eventos traumáticos. Los hallazgos muestran índices de depresión superiores a los del grupo control.

#### 2.4.2.2 Indicadores psicosociales asociados a la ansiedad

La ansiedad se ha definido como un espectro de respuestas cohesionadas dentro de las dimensiones afectiva-cognoscitiva asociada a un sistema motivacional defensivo. Este afecto negativo está acompañado por un cambio en la atención que podría ser preliminar a un estado de auto-focalización o un estado de auto-preocupación en el que se destaca la evaluación negativa sobre las propias capacidades para enfrentar la amenaza (Barlow, 2002, 2008). Es un estado emocional displacentero que tiene que ver con la activación excesiva y la dificultad en el control.

Existen diversas modalidades de cuadros de ansiedad en la infancia, los cuales incluyen los miedos, las fobias, la ansiedad generalizada, los trastornos de pánico, la ansiedad social, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos obsesivo-compulsivos y la ansiedad de separación entre otros. Para Rodríguez de Kissac y Martínez (2001), citado por Ramírez (2008), el trastorno de ansiedad excesiva en la niñez y la adolescencia se define como "la presencia de una ansiedad o preocupación excesiva, poco realista o persistente, cuya duración ha sido por lo menos de seis meses y que no está desencadenada solamente por tensiones y estímulos estresantes psicosociales" (pág. 94).

En diferentes estudios donde se ha analizado la vivencia de experiencias traumáticas se ha encontrado que los

niños, niñas y adolescentes muestran temores excesivos y más síntomas internalizantes y externalizantes que otros grupos estudiado (Yule, 1999). El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia por mínimo seis meses, de ansiedad y preocupación excesiva ante una variada gama de sucesos comunes, que además son de difícil control y que pueden acompañarse en los niños de inquietud o impaciencia, fácil fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o alteraciones del sueño.

#### 2.4.2.3 Trastorno de estrés postraumático

Para que una persona pueda ser diagnosticada con un trastorno por estrés postraumático (TEPT) es necesario que el individuo haya sido expuesto a un suceso traumático en el que no solo haya experimentado, presenciado o le hayan explicado uno (o más) hechos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, sino que también haya respondido con temor, desesperanza u horror intensos. En el caso de la población infantil, estas respuestas pueden manifestarse con comportamientos desestructurados o agitados.

Además, la persona reexperimenta el acontecimiento traumático de forma persistente al menos por medio de una de las siguientes formas: recuerdos recurrentes e intrusos (imágenes, pensamientos o percepciones) del suceso que provocan malestar o en algunos niños; juegos repetitivos en los que aparecen aspectos característicos del trauma; sueños recurrentes sobre el suceso que producen malestar o sueños terroríficos de contenido irreconocible; sensación de estar reviviendo la experiencia; presencia de ilusiones, de alucinaciones y de episodios disociativos de reexperimentan o en algunos niños pequeños puede haber reescenificación del suceso; malestar psicológico intenso o respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos que simbolizan un aspecto del evento traumático; evasión persistente de pensamientos, sentimientos, conversaciones, lugares, actividades o personas asociados al trauma; incapacidad para recordar un aspecto importante del evento; reducción manifiesta del interés por participar en actividades significativas; sensación de desapego frente a los demás; restricción de la vida afectiva; sensación de un futuro desolador; síntomas persistentes de aumento de la activación (dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia o respuestas exageradas de sobresalto).

En cuanto a los trastornos por estrés postraumático, (TEPT) el DSM-V incluye cuatro grupos de síntomas para

su diagnóstico: reexperimentación, excitación, evitación y alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y en el estado de ánimo. Además, se tiene en cuenta el nivel de desarrollo, pues hay criterios diagnósticos diferentes para niños por debajo de los 6 años. Esto implica que lo esencial en este diagnóstico es tener estas manifestaciones asociadas con eventos o experiencias específicas.

El TEPT puede sub clasificarse en agudo, crónico o de inicio demorado. El TEPT agudo ocurre cuando los síntomas tienen una duración mayor a un mes pero menor a tres meses; el crónico ocurre cuando la duración de los síntomas es mayor o igual tres meses, y el de inicio demorado resulta cuando el tiempo transcurrido entre el evento traumático y el inicio de los síntomas es mínimo seis meses.

Aproximadamente, una proporción de 17 a 25 %, o sea un cuarto de la población de niños expuestos a trauma severo colectivo, presentan TEPT. En relación con los niños, niñas y adolescentes expuestos a situaciones de guerra en el Medio Oriente, la prevalencia del TEPT encontrada es de 20 a 25 % (Thabet y cols, 2002), pero la exposición a violencia severa y a pérdidas puede dar resultados más altos entre 58 y 69 %. Esto ha sido reportado en muestras de niños, niñas y adolescentes palestinos (Elbedour y cols, 2007) e iraquíes (Dyregrov y cols, 2002). Resultados similares han encontrado entre los niños africanos de Sudán (Morgos y cols, 2008), en Rwanda (Schaal y Elbert, 2006) y en Sierra Leona (Betancourt, Elizabeth A. Newnham, Ryan McBain and Robert T. Brennan, 2013). Probablemente es el TEPT el más estudiado en los distintos contextos de conflicto donde hay exposición a actos violentos sistemáticos.

#### 2.4.2.4 Trastorno de estrés agudo

En los niños expuestos a las situaciones del conflicto armado, el trastorno por estrés agudo es el más documentado. Al igual que en el TEPT, es necesaria la exposición del sujeto a un acontecimiento traumático caracterizado por muerte o amenazas para su integridad física o la de los demás y la respuesta ante el mismo se caracteriza por temor, desesperanza o un horror intenso.

Durante o después del evento, el individuo presenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional, reducción del conocimiento de su entorno, desrealización, despersonalización o incapacidad para recordar un aspecto importante del evento.

Además de lo anterior, el sujeto reexperimenta de forma persistente el evento (imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes), percibe malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático y ante esta situación apela a la evasión de cualquier estímulo que le haga recordarlo y presenta síntomas de ansiedad o de aumento de la activación que culminan en alteraciones clínicamente significativas, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de su actividad diaria.

A diferencia del TEPT, los síntomas de este cuadro aparecen durante el mes siguiente al evento, y tienen una duración mínima de dos días y máxima de cuatro semanas. Tras el conflicto e incluso durante el proceso de reintegración y rehabilitación también es posible que el niño afectado experimente, entre otros, un trastorno de ansiedad generalizada. Esta última se caracteriza por ansiedad y preocupación excesivas difíciles de controlar, que aparecen ante una amplia gama de acontecimientos o actividades, y que en los niños se asocia con al menos uno de los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fácil fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o alteraciones del sueño, así como los trastornos anteriores, la ansiedad, la preocupación o los síntomas asociados persisten por al menos seis meses y producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo. Además del TEPT, se han documentado otros trastornos de ansiedad en la población infantil expuesta a situaciones de conflicto armado, como la crisis de pánico o el trastorno de ansiedad generalizada.

La crisis de pánico consiste en la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada por algunos síntomas que se caracterizan por iniciar bruscamente y alcanzar su máxima expresión en los primeros diez minutos, como palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo, sensación de atragantamiento, opresión torácica, náuseas o molestias abdominales, mareo o desmayo, miedo a perder el control, miedo a morir, parestesias o escalofríos.

#### 2.4.2.5 Comportamiento prosocial

La conducta prosocial es el comportamiento llevado a cabo voluntariamente para ayudar o beneficiar a otros (Holmgren, Eisenberg y Fabes, 1998; Pakaslahti, Karjalainen y Keltikangas-Järvinen, 2002), y junto con la empatía están vinculados tanto con las relaciones con los pares, como en las relaciones con la familia (Sánchez, Oliva y Parra, 2006).

En las investigaciones realizadas se ha encontrado que el comportamiento prosocial es más común en los adolescentes de sexo femenino que en los de sexo masculino (Mestre, Tur, Samper y Náchter, 2007; Sánchez et al., 2006), y aunque no es clara la explicación a estos hallazgos, algunos autores consideran que estas discrepancias están relacionadas con las diferencias en los procesos de socialización entre los adolescentes de ambos géneros (Mestre et al., 2007).

Algunos estudios han relacionado la cultura con el género. Carlo y cols. (2001) compararon el comportamiento en jóvenes de diferente nacionalidad, e indicaron que los y las adolescentes de nacionalidad estadounidenses mostraban los mismos niveles de cooperación, mientras que las adolescentes brasileñas, que pertenecían a una cultura más colectivista tendían a ser más cooperadoras y menos individualistas que sus connacionales masculinos (Carlo, Roesch, Knight y Koller SH, 2001). Para algunos investigadores, estas diferencias entre los géneros tienen relación con la presión social a la que en la mayoría de los casos son sometidas las jóvenes, especialmente en lo que refiere a la importancia de las relaciones sociales, el afecto y el tener en cuenta a los demás, haciéndolas de esta forma no solo más empáticas, sino que también más prosociales a medida que aumenta la edad (Sánchez et al., 2006).

En los estudios llevados a cabo por Betancourt y cols (2008 y 2010) en Sierra Leona para determinar los efectos a largo plazo en la salud mental y el ajuste psicosocial que tienen la experiencias de guerra y de posconflicto, se encontró que hay una disminución importante en el comportamiento prosocial en particular el comportamiento de ayudar a otros se disminuye considerablemente. En niños que han hecho parte de grupos insurgentes, el comportamiento estaba relacionado con el hecho de que el niño, niña o adolescente hubiera sido obligado a matar a un compañero durante su estadía en el grupo armado.

El manual DSM-V propone como parte de los trastornos de comportamiento en niños y adolescentes el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante. El segundo trastorno del comportamiento en niños y adolescentes es el disocial, que tal como lo explica el DSM-IV-TR consiste en un patrón repetitivo y persistente de comportamientos en los que se violan los derechos básicos de otras personas o las normas sociales importantes propias de la edad, lo que, además, desemboca en una afectación global de la funcionalidad del individuo.

Se manifiesta especialmente por la presencia de al menos tres de los siguientes síntomas durante los últimos 12 meses, en los cuales, al menos uno ha estado presente por los últimos seis meses: amenaza o intimidación a otros; inicio de peleas físicas; uso de un arma que puede causar daño físico grave a otras personas; manifestaciones de crueldad física con otras personas; manifestaciones de crueldad física con animales; robo enfrentándose o no a la víctima; intimidación a alguien para tener actividad sexual; provocación deliberada de incendios con la intención de causar daños graves; destrucción deliberada de propiedades de otras personas; violación del domicilio o el automóvil de otra persona; engaño para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones; permanencia en las noches fuera de casa a pesar de las prohibiciones paternas; huida de casa durante la noche por lo menos dos veces; evasión de las actividades de la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad (American Psychiatric Association, 2000).

Finalmente, el trastorno desafiante el cual se caracteriza por un patrón de comportamiento negativo, hostil y desafiante presente por al menos seis meses, que se acompaña de al menos cuatro de los siguientes comportamientos: a) cuando se molesta, incurre en pataletas, b) discute con adultos, c) desafía activamente a los adultos o se rehúsa cumplir sus obligaciones, d) molesta deliberadamente a otras personas, e) acusa a otros de sus errores o mal comportamiento, f) es susceptible cuando es molestado por otros, g) a menudo es colérico y resentido h) a menudo es rencoroso o vengativo (American Psychiatric Association, 2000).

Adicional a estos trastornos, Moreno, (2007) señala que los niños con problemas de comportamiento tienen dos características principales que son la inflexibilidad y la baja tolerancia. La primera hace referencia a la dificultad para cambiar o adaptarse a diferentes circunstancias, que en ocasiones puede desembocar en comportamientos desproporcionados cuyas características son la agresión física, la agresión verbal o la autoagresión (Moreno y Utria, 2011). La segunda hace referencia a la frustración, pues a los jóvenes con estos trastornos de la conducta les resulta muy difícil soportar eventos o situaciones que no estén acordes con lo que ellos quieren o esperan (Moreno, 2007).

A pesar de que no existe una clara explicación que permita entender la etiología de los problemas de comportamiento en los jóvenes, existe acuerdo en resaltar la importancia de las variables familiares y medioambientales en el desarrollo psicosocial de niños y adolescentes (Gracia, Fuentes

y García, 2010). Algunos investigadores han encontrado que índices como la conducta escolar disruptiva, la delincuencia y consumo de sustancias, descritos en los problemas de comportamiento, están relacionados de forma significativa con el estilo parental de socialización, de tal forma que los adolescentes que definen a sus padres como autoritarios y negligentes presentan puntuaciones mayores en este tipo de índices, respecto a los adolescentes con padres descritos como indulgentes (Gracia et al., 2010). Así mismo, las buenas relaciones con los adultos, la supervisión de los padres y la disciplina positiva caracterizada por el acompañamiento y la educación son factores de protección frente al desarrollo de trastornos del comportamiento (Anthony, 2008). Estos problemas de comportamiento social se evidencian en los niños, niñas y adolescentes que han sido expuestos al conflicto armado.

#### 2.4.2.6 Vínculo

El apego y el vínculo se constituyen en uno de los mecanismos importantes en la explicación de patrones emocionales disfuncionales. Para Bowlby (1993), el apego es aquella conducta innata que lleva a un infante a seguir por proximidad a un adulto, en el caso del vínculo se habla de un segundo momento del apego donde juegan factores de aprendizaje que determinan que el vínculo sea positivo o negativo según el caso (Vargas y Ramírez, 1999). El apego y el vínculo son mecanismos psicológicos que permiten o inhiben las relaciones e interacciones con otros a lo largo de la vida (Ramírez, 2008).

Es necesario tener claridad en relación con el concepto de apego-vínculo, que en la literatura se maneja de manera indiscriminada. Los apegos o vínculos hacen referencia a la conexión emocional que se genera entre las personas para establecer relaciones de intimidad.

Los comportamientos de apego se refieren a aquellas conductas del niño que promueven la cercanía con el cuidador y le permite satisfacer sus necesidades y se organizan dependiendo de la jerarquía de necesidades que el niño tiene. Al hablar del sistema del apego, esto hace referencia a la estructura que desarrolla el niño para identificar su contexto, discriminar claves, y permitirle buscar seguridad en el ambiente próximo. El sistema de vínculo afiliativo se refiere al constructo de la sociabilidad, de ahí que el vínculo se evalúe con base en la capacidad del niño para relacionarse con otros a través de patrones de interacción social efectivos. Estas relaciones que establecen son recíprocas y por lo general inician con los

familiares y amigos más cercanos; de ahí que se conciba que el apego-vínculo es adecuado porque muestra patrones interactivos efectivos con los más cercanos, esto se convierte en un predictor de la capacidad de establecer relaciones afectivas sanas en la edad adulta (Zeanah y Boris, 2000) citado por Ramírez (2008).

El apego se reconoce como un componente de la relación padre-hijo que se centra específicamente en la seguridad que brindan los padres al niño para que este pueda explorar el entorno (Scott, Briskman, Woolgar, Humayun y O'Connor, 2011). Según Bowlby, padre de esta teoría, este vínculo desarrollado entre los niños y sus cuidadores tiene efectos a largo plazo en relación con el desarrollo de la personalidad, el funcionamiento interpersonal y la psicopatología del futuro adulto (Levy, 2013).

Ainsworth (1985) describió tres tipos de apego: el apego seguro, el apego inseguro y el apego desorganizado, los cuales caracterizan el comportamiento del niño con su entorno a futuro. El apego seguro es el vínculo que se genera cuando los padres o cuidadores expresan señales de cariño, disponibilidad y atención a las señales de los hijos, lo que le permite a estos últimos desarrollar un concepto de confianza en sí mismos. El apego ansioso, por su parte, se genera cuando el cuidador o el padre solo está disponible física o emocionalmente en ciertas ocasiones, lo cual hace al hijo más susceptible a la ansiedad de separación y al miedo por explorar el entorno. Existen dos categorías de este último tipo de apego, el apego ambivalente, en el cual el hijo responde con angustia intensa ante la separación, acompañada de expresiones de protesta y enojo, y el apego evitativo, en el cual el padre o cuidador desatiende de forma constante las necesidades del hijo. Por su parte, el apego desorganizado consiste en respuestas parentales desproporcionadas o inadecuadas ante las peticiones de atención por parte del hijo que dejan a este último en una situación de ambivalencia al no saber de forma clara cómo comportarse (Ainsworth, 1985).

A pesar de que el apego no ha sido tan ampliamente estudiado en la población adolescente como en la población infantil, algunos autores han encontrado que en la adolescencia en muchas ocasiones este vínculo es trasladado a los pares sin que esto implique abandonar a los cuidadores (Hazan y Zeifman, 1994), y además, se relaciona el tipo de apego con varios efectos como autoestima (Gomez y McLaren, 2007; Scott et al., 2011), problemas de conducta (Dekovic M, 1999; Scott et al., 2011), depresión (Allen, Porter, McFarland, McElhane y Marsh, 2007)

y violencia con pares (Scott et al., 2011). Las dificultades en el vínculo se han relacionado con experiencias traumáticas como el abuso sexual (Ramírez, 2008) pero no se ha relacionado con otro tipo de experiencias traumáticas.

Es importante conocer los efectos de las experiencias del conflicto armado en el vínculo, ya que éste es un elemento esencial en la salud mental.

#### 2.4.2.7 Desentendimiento moral

Partiendo de la definición de Bandura (1990); (Bandura, Capara, Barbaranelli y Pastorelli, 1996), el desentendimiento moral es el proceso mediante el cual las personas cambian sus límites morales y crean una versión de la realidad en la cual toda aquella conducta normalmente reprochable se convierte en una conducta moralmente aceptada.

Además de proponer una definición para este tipo de conducta, Bandura también propuso ocho mecanismos de desentendimiento moral: la autojustificación moral, en la cual se justifican aquellas acciones contrarias a los principios morales; el etiquetamiento eufemista, que consiste en la tergiversación de los hechos por medio del uso del lenguaje; la comparación ventajosa, en la cual la acción se equipara con otra de mayor gravedad con el fin de que no resulte reprochable; el desplazamiento de la responsabilidad, a través del cual se busca disminuir la percepción de gravedad de la conducta al ser esta ordenada o aceptada por una legítima; la difusión de la responsabilidad, en la que se pretende disminuir la culpa al mencionar que los hechos no fueron producto de un acto individual, sino grupal; la distorsión de las consecuencias, que hace referencia a la minimización de las consecuencias negativas de una acción; la deshumanización, que radica en considerar a la víctima como un ser inferior o carente de humanidad y que por eso no merece un trato igualitario y coherente con la moral, y la atribución de culpa, que consiste en asignar culpas a la víctima al considerar que esta última es la responsable de todo lo que le ocurra (Bandura et al., 1996).

En el campo de la investigación relacionada con el desentendimiento moral se han adelantado una gran cantidad de estudios que no solo buscan dilucidar los mecanismos etiopatológicos de esta conducta, sino encontrar sus factores asociados. Entre algunas de las propuestas relacionadas con la etiología, algunos autores han encontrado que la empatía es un fuerte predictor del desentendimiento moral, relación que podría ser una hipótesis respecto a la prevención de esta condición, pues si se mejoran la contribución temprana de los padres en

el desarrollo de la empatía, esta a su vez incidiría en el desarrollo de desentendimiento moral en el futuro (Hyde, Shaw y Moilanen, 2010).

Estudios como el de Passini, 2012 han encontrado que el desentendimiento moral es mayor en los adolescentes de género masculino que femenino (Passini, 2012). Respecto a los factores asociados se ha encontrado que el desentendimiento moral se encuentra asociado positivamente con la agresión y la conducta antisocial (Bandura et al., 1996; Hyde et al., 2010; Pelton, Gound, Forehand y Brody, 2004), y negativamente con el comportamiento prosocial (Bandura et al., 1996). Otros estudios como el de Thornberg y colaboradores sugieren que el desentendimiento moral podría también estar asociado positivamente con conductas como el matoneo y asociado negativamente con comportamientos de defensa contra esta práctica (Thornberg y Jungert, 2013).

En un estudio realizado en una población adolescente de Bogotá, se encontró que el fenómeno de desentendimiento moral y los mecanismos que lo acompañan están presentes en las situaciones de robo que actualmente ocurren al interior de las instituciones educativas. También se encontraron varios de los mecanismos postulados por Bandura, como la autojustificación, la comparación ventajosa, el desplazamiento y la difusión de la responsabilidad y la atribución de la culpa a la víctima o a la situación (Bolívar, Contreras, Jiménez y Chau, 2010).

#### 2.4.2.8 Resiliencia

De acuerdo con Rutter (2006), uno de los pioneros en el estudio de esta característica, la resiliencia se define como la vulnerabilidad reducida a las experiencias ambientales de riesgo, la superación de una adversidad o de una situación de estrés o un resultado relativamente bueno a pesar de las experiencias de riesgo. Más que una característica o una cualidad, la resiliencia se percibe como un proceso dinámico (Rutter, 2013), que a pesar de las experiencias de un individuo, no debe reducirse, pues no todas las situaciones son protectoras ni son situaciones de riesgo para todas las personas. (Rutter, 1987).

Otros autores afirman que solamente se requiere de dos factores para definir resiliencia: la experiencia de adversidad o estrés (factores de riesgo) y el logro o alcance de resultados positivos (factores protectores) (Fergus y Zimmerman, 2005; Gartland, Bond, Olsson, Buzwell y Sawyer, 2011), aunque en la actualidad es claro que no es necesaria la presencia de factores de riesgo o de protección para adquirir esta habilidad (Rutter, 2013).

A pesar de que las investigaciones relacionadas para comprender la resiliencia se han incrementado desde el inicio de su descripción, pocos han sido los intentos por crear una herramienta de medición útil que permita clasificar o graduar los hallazgos hasta ahora encontrados en las investigaciones científicas (Gartland et al., 2011). Respecto a este tema, y partiendo de la definición de resiliencia como un proceso dinámico, algunos autores argumentan que no es posible evaluar de forma consistente esta habilidad a partir de evaluaciones basadas en el autorreporte (Oshio, Kaneko, Nagamine y Nakaya, 2003; Tugade y Fredrickson, 2004), dado que estas mediciones estarían sujetas al contexto del individuo en el momento de la medición; sin embargo, Wagnild y Young (1983) desarrollaron un instrumento que permite acercarse a dicha característica y permite tener una aproximación a la misma desde el autorreporte. Otra fuente de información serían las observaciones longitudinales en contextos adversos. Desafortunadamente, este tipo de estudios tienen mayor restricción y limitación.

El estudio de la resiliencia se orienta al conocimiento de las condiciones que permiten que el sujeto logre un desarrollo sano y positivo en situaciones desfavorables para él (Kotliarenko, Cáceres y Álvarez, 1996). De las investigaciones realizadas, algunos estudios llaman la atención como la escolaridad, el nivel socioeconómico. Estudios como el de Villalobos y colaboradores han encontrado que las personas con mayor formación académica tienen mayores posibilidades de ser resilientes ante diferentes eventos que aquellos con formación académica inferior (Villalobos, Arévalo y Rojas, 2012).

Así mismo, la presencia de resiliencia al parecer puede variar según la condición socioeconómica (Fergus y Zimmerman, 2005). En un estudio realizado en Colombia, que evaluó las relaciones entre la violencia intrafamiliar y la resiliencia, y se encontró que las mujeres que no laboran, que tienen bajo nivel de escolaridad y bajos ingresos son más vulnerables para presentar altos niveles de violencia, de distrés y baja resiliencia, comparadas con las mujeres de estratos socioeconómicos intermedios, con mayor escolaridad, quienes presentan elevados niveles de resiliencia y bajos de violencia y distrés (Jaramillo, Ospina, Cabarcas y Humphreys, 2005).

Además, se ha encontrado que la resiliencia no solo tiene impactos sobre la salud mental de los individuos, sino que además es una variable protectora y moduladora de la salud física en la población adolescente (Vinaccia, Quiceno y Moreno SPE, 2007). A pesar de ello, no todos

los niños expuestos a situaciones de conflicto presentan las mismas problemáticas ni en el mismo nivel de intensidad, lo cual sugiere la participación de factores adicionales que favorecen la resiliencia. Para algunos autores, el contexto social previo del niño, especialmente el relacionado con el apoyo parental, juega un rol importante en la prevención de estos trastornos y podría considerarse un factor protector para el desarrollo de problemas de salud mental (Drury y Williams, 2012).

#### 2.4.2.9 Empatía

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las habilidades para la vida son el conjunto de destrezas adaptativas y positivas de la conducta que le permiten al individuo asumir de forma efectiva las demandas y los cambios propios de la vida cotidiana. Una de las diez habilidades propuestas por la OMS es la empatía, que se define como la capacidad de ponerse en la situación de otro incluso si este último no es alguien cercano o familiar, permitiéndole al individuo entender y aceptar a aquellos que se encuentran en situaciones diferentes a las propias (OMS, 1994). Otros autores definen la empatía como una reacción emocional provocada por un estímulo externo que, además, debe ser congruente con el estado emocional del otro, lo cual implica sentir lo que siente el otro (Garaigordobil y Maganto, 2011).

Son varias las investigaciones que se han adelantado en relación con el estudio de la empatía y sus implicaciones en la conducta y en el desarrollo del individuo. En general, estas se han centrado en las diferencias que existen respecto a la edad, el género, la resolución de conflictos y el desarrollo de problemas de conducta. En cuanto a la edad y el género se ha encontrado que los adolescentes de sexo femenino tienen puntuaciones significativamente superiores en empatía respecto al género masculino, y esta diferencia se incrementa a favor de las jóvenes durante las edades de 12 a 15 años aproximadamente, de tal forma que a medida que incrementa la edad, aumentan las diferencias en los puntajes (Garaigordobil y Maganto, 2011; Urquiza y Casullo, 2005).

En relación con la resolución de conflictos y el desarrollo de problemas de conducta, la empatía se propone como una herramienta en la mejoría de la interacción social de los individuos (World Health Organization WHO, 1994), aspecto destacado en la resolución positiva de conflictos (Garaigordobil y Maganto, 2011).

Lo anterior se demuestra en estudios como los de De-Kemp y colaboradores, en los que se encontraron de forma sistemática asociaciones negativas entre la empatía y la conducta antisocial en los adolescentes, lo que implica que aquellos jóvenes que reportan mayor empatía tienen menor inclinación a mostrar conductas delincuenciales o agresivas (De Kemp, Overbeek, de Wied, Engels y Scholte, 2007).

En el estudio de Mestre y colaboradores, en el cual, además de la agresividad y la empatía, se evaluó la inestabilidad emocional en un grupo de adolescentes. Se encontraron datos que sugieren que la empatía facilita el afrontamiento centrado en la resolución de problemas, señalando además su importancia no solo como una emoción orientada al otro, que incluye la comprensión y la expresión de sentimientos, sino como un aspecto fundamental en la inhibición de la agresividad (Mestre, Samper, Tur-Porcar, Richaud de Minzi y Mesurado, 2012).

## 2.5 Algunas generalidades de la relación entre hechos victimizantes y las variables de estudio

Muchos factores se han propuesto como condicionantes para el desarrollo de problemáticas en la salud mental en los niños, niñas y adolescentes en relación con el conflicto armado. Algunos autores han encontrado que la vivencia de experiencias traumáticas durante el reclutamiento son un factor de riesgo para presentar pobres resultados en salud mental (Klasen, Oettingen, Daniels y Adam, 2010). Otros sostienen que la edad puede desempeñar un papel importante. La menor edad del niño es factor protector en relación con el desarrollo de SEPT (Dimitry, 2011), pero este hallazgo puede ser controversial, pues los niños con mayor edad presentan menor depresión y mayor soporte de reintegración, según ellos porque tienen mejores herramientas de afrontamiento y mayor capacidad de entender y aceptar sus experiencias (Kohrt et al., 2010).

Otro factor documentado es el género. Según Kohrt, las niñas presentan más SEPT, depresión, ansiedad de separación y síntomas psicóticos, mientras que los niños presentan más problemas conductuales, agresión e hiperactividad (Kohrt et al., 2010). Así mismo, ser víctima de violencia doméstica o de violencia en la comunidad (Klasen, Oettingen, Daniels, Post, et al., 2010), o experimentar la muerte de los padres (Masten y Narayan, 2012) son factores de riesgo para el desarrollo posterior de alteraciones mentales. Además, el hecho de haber asesinado a alguien se presenta para algunos como un factor de riesgo para presentar depresión (Betancourt, Borisova, de

la Soudière, & Williamson, 2011). En el caso puntual del SEPT, algunos autores afirman que su presentación varía según el nivel, el tipo y el contexto en el que ocurre la exposición (Harel-Fisch et al., 2010), e incluso consideran este síndrome el más comúnmente relacionado con la dosis de exposición a la guerra (McMullen, O'Callaghan, Richards, Eakin y Rafferty, 2012).

Por otro lado, cada hecho victimizante tiene características diferentes que en teoría van a afectar a los niños, niñas y adolescentes de distinta manera. Si bien cada hecho victimizante cambia el entorno en el que ha vivido el niño, niña y adolescente toda su vida, este cambio es completamente diferente para cada uno de ellos. A continuación se presentan los principales cambios que vive el niño, niña y adolescente de acuerdo con el hecho violento del que ha sido víctima. Durante el desplazamiento forzado, niños, niñas y adolescentes se ven obligados a cambiar por completo el mesosistema, exosistema y macrosistema, al irse a un lugar diferente. Incluso su microsistema se afecta como consecuencia del cambio de los sistemas más distales.

Como consecuencia de un secuestro, niños, niñas y adolescentes cambian por completo todo su entorno, tanto proximal como distal, pero tienen la esperanza de recuperarlo al ser liberados. Cuando un niño, niña o adolescente es reclutado por los grupos armados, también cambia su entorno, pero en este caso lo lleva en ocasiones a verse a sí mismo como agresor y no como víctima y esto le genera grandes cantidades de culpa.

Después de ser víctima de violencia sexual, el niño, niña o adolescente pierde confianza en su entorno, en particular en las personas que lo rodean; hay gente que le hace daño y las personas en quienes confía no pueden protegerlo. El entorno que podría percibir con anterioridad como seguro es ahora peligroso.

Los niños, niñas y adolescentes víctimas de una mina antipersonal perciben algunas áreas de su entorno como peligrosas y en la mayoría de los casos tienen que adaptarse a vivir en este con una discapacidad.

En cuanto a la desaparición forzada para el niño, niña y adolescente, el cambio de su ambiente es completo y las características de dicho cambio dependerán del destino que haya sufrido: secuestro, desplazamiento, muerte, abusos, etcétera. Por otro lado, para su familia la situación es particularmente estresante y le genera una pérdida ambigua. Finalmente, los niños, niñas y adolescentes huérfanos pierden o modifican radicalmente su microsistema y esto tiene implicaciones importantes para ellos y para su relación con el medioambiente.

Los cambios en el contexto proximal modifican el estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes, cada uno con características individuales que lo hacen reaccionar de manera diferente. Las modificaciones de su estado psicosocial dependerán del tipo y magnitud del trauma sufrido y la combinación de todos los factores presentes en los microcontextos. El tiempo de exposición y su severidad son factores que deben influir en la respuesta final. La interrelación de cada niño, niña y adolescente con el entorno externo va a ser diferente, y así mismo las consecuencias impactos y daños sufridos por el hecho victimizante. La atención que reciba el niño, niña y adolescente le ayudará a cambiar su percepción acerca de sí mismo, de su entorno y de su futuro. Las intervenciones promueven cambios personales y ambientales.

Por lo anterior, el estado psicosocial de niños, niñas y adolescentes cambia de acuerdo con la intervención que reciba. Es por esto que se considera esencial el estudio de las diferentes modalidades de atención recibidas.

Cuando existe más de un hecho victimizante, tanto el individuo como su ambiente se ven afectados de forma exponencial. El primer trauma cambia su entorno y su capacidad de resistir la adversidad, de manera que cuando se presenta el segundo, el niño, niña y adolescente tiene los mecanismos de defensa ya muy alterados y por lo mismo su afectación es particularmente alta. En la presente investigación ese fenómeno es denominado y estudiado como acumulación.

# CAPÍTULO III

---

## OBJETIVOS E HIPÓTESIS

# 3.1 OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado psicosocial actual de niños, niñas y adolescentes dentro del contexto del conflicto armado colombiano, así como las consecuencias, impactos y daños relacionados con cada hecho victimizante con un enfoque diferencial.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conceptualizar los diferentes hechos victimizantes a los que se han expuesto los niños, niñas y adolescentes en el contexto del conflicto armado definidos en el marco de la Ley 1448.
- Definir la magnitud de los hechos victimizantes contra niños, niñas y adolescentes dentro del contexto del conflicto armado.
- Identificar el estado psicosocial actual de los niños, niñas y adolescentes dentro de cada una de las modalidades de atención psicosocial del ICBF.
- Establecer la relación entre los hechos victimizantes a que fueron expuestos los niños, niñas y adolescentes, con el estado psicosocial actual, para considerar consecuencias, impactos, afectaciones y daños psicosociales.
- Analizar los factores y condiciones de acumulación relacionados con las consecuencias, impactos, afectaciones y daños en los niños, niñas y adolescentes que han sido expuestos a diferentes hechos victimizantes en el contexto del conflicto armado colombiano.
- Identificar los niveles de daño psicológico (impacto) ocasionados en los niños, niñas y adolescentes por cada hecho victimizante en cada contexto relacional.
- Definir los factores moduladores y moderadores asociados con los impactos diferenciales de los hechos victimizantes en niños, niñas y adolescentes dentro del contexto del conflicto armado.
- Determinar las consecuencias, impactos, afectaciones y daños psicosociales en las familias víctimas del secuestro y desaparición forzada de los niños, niñas y adolescentes en el contexto del conflicto armado.
- Establecer criterios para la formulación de un modelo integrado de atención psicosocial como medida de reparación integral, el diseño de guías de atención psicosocial cada uno de los hechos victimizantes.
- Hacer recomendaciones para la formulación de lineamientos para una política pública en atención psicosocial de niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de los diferentes hechos en el contexto del conflicto armado con miras a la reparación integral, la reconciliación y la construcción de la paz.

## 3.2 HIPÓTESIS

1. Si el conflicto armado ha afectado a una familia, esto repercutirá en el niño, niña y adolescente y se reflejará en los indicadores psicosociales observados.
2. De la misma manera, si el conflicto ha afectado directamente al niño, niña y adolescente, la familia sufrirá las consecuencias de las experiencias potencialmente traumáticas y serán evidenciadas en las narrativas de las mismas. Por lo anterior es indispensable considerarla en el estudio de las afectaciones psicosociales de niños, niñas y adolescentes.
3. La estructura familiar en la que viven los niños, niñas y adolescentes, muchas veces determinada por el conflicto armado, debe ser considerada en el estudio.
4. Es indispensable estudiar las consecuencias e impactos generados por el conflicto armado a partir de las mediciones en afectados, para contar con evidencia para continuar con las intervenciones.
5. Si los niños, niñas y adolescentes son expuestos a múltiples hechos victimizantes, probablemente las consecuencias o impactos serán mayores que aquellos que no informaron sino la exposición a una experiencia, y esta variable se denominará acumulación.
6. La modalidad de atención en la cual se encuentran los niños, niñas y adolescentes debe estudiarse para reunir evidencia acerca de lo apropiado de las intervenciones en términos de las necesidades psicosociales de esta población.
7. La investigación proporcionará criterios para la formulación de un modelo integrado de atención, así como para la definición de guías de atención psicosocial y para realizar recomendaciones en política pública, lo cual está ampliamente fundamentado por el modelo solidario.
8. Tanto el modelo solidario, como el ecológico promueven el uso de metodologías cuantitativas y cualitativas al valorar ideas objetivas y subjetivas, justificando la realización de investigaciones multi método o mixtas.



# CAPÍTULO IV

---

## METODOLOGÍA

## 4.1 Tipo de estudio y diseño general

La tarea investigativa para realizar la evaluación del impacto en la dimensión psicosocial es probablemente uno de los grandes retos en los procesos de generación de conocimiento, ya que establecer el grado de correspondencia entre un evento y el impacto del mismo no siempre se logra por tres razones fundamentales: por los procesos evaluativos implicados, por la clase de los instrumentos que se utilizan y por los métodos disponibles para dicha evaluación (Ramírez, 2007).

La presente investigación se llevó a cabo a partir de un diseño mixto paralelo. Mixto, porque combina datos cuantitativos y cualitativos, y paralelo, porque la recolección de estos datos se realizó durante el mismo periodo para luego triangular la información y definir un mapa de relaciones entre eventos.

Los estudios mixtos y los multimétodo tienen la ventaja de utilizar técnicas y estrategias cualitativas y cuantitativas en un mismo contexto con un mismo grupo de participantes, lo cual permite un mayor acercamiento a la realidad combinando métodos y datos para estudiar un mismo fenómeno. No solamente se obtienen datos objetivos como la prevalencia de una problemática, sino que además se cuenta con la percepción del fenómeno de quienes se ven afectados por el mismo. Los métodos mixtos de investigación son diseños o metodologías específicas en que el investigador recolecta, analiza y combina (integra y relaciona) datos cuantitativos y cualitativos en un estudio simple o en un programa múltiple. Los métodos mixtos utilizan los datos cuantitativos y cualitativos de forma simultánea (paralela) o (secuencial) (Johnson, Onwegbuzie, Turner 2007; Creswell, Klassen, Clark, Smith, 2011).

Los enfoques cualitativos y cuantitativos no deben ser percibidos como enfoques opuestos o dicotómicos; más bien son complementarios y representan el continuo de un fenómeno de interés para su estudio (Newman y Benz, 1998).

Desde el punto de vista cuantitativo se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo en el cual se evaluó a un grupo de niños, niñas y adolescentes que estuvieron expuestos directamente al conflicto armado (víctimas de reclutamiento ilegal, minas antipersonal, desplazamiento, secuestro, orfandad o desaparición forzada y violencia sexual en el conflicto armado) con el fin de evaluar indicadores físicos y psicosociales. Como grupo control se utilizó a un grupo de niños, niñas y adolescentes con características

sociodemográficas similares y con residencia actual en la misma área de los niños, niñas y adolescentes expuestos directamente al conflicto armado, pero que no habían tenido una exposición directa al conflicto. Se consideró esencial la acumulación de factores de riesgo o condiciones negativas que pudieran afectar su bienestar psicosocial.

Desde el punto de vista cualitativo se indagó sobre las percepciones que tienen los niños, niñas adolescentes de su situación actual en relación con las experiencias y su estado emocional; al mismo tiempo se exploraron las percepciones de las familias sobre los efectos de los hechos victimizantes en ellos y en los niños, niñas y adolescentes. Se realizó un análisis de contenidos por categorías emergentes a través de técnicas individuales.

En la revisión realizada por Dimitry (2011), se encuentra que una limitación de los estudios sobre consecuencias de la guerra en niños es que la mayoría de ellos son de corte transversal (90 %). Dimitry solo encontró un estudio cuasiexperimental con ensayos y uno longitudinal sobre el tema. Sin embargo, existe una amplia literatura sobre los hallazgos de Betancourt (2010) y Betancourt y cols (2011, 2012). A partir de estudios longitudinales que dan cuenta de los impactos de la guerra en los niños desvinculados en Sierra Leona así como de la efectividad de las intervenciones que se llevan a cabo con esta población.

El diseño propuesto tiene la capacidad de producir información relevante para conocer el estado psicosocial actual de los niños, niñas y adolescentes colombianos expuestos de manera directa al conflicto armado, por tipo de exposición. Adicionalmente, contribuirá de manera importante a la literatura sobre el tema a nivel nacional e internacional.

## 4.2 Participantes

### 4.2.1 Población

Se trabajó con niños, niñas y adolescentes colombianos, entre los 8 y los 18 años de edad, habitantes de Antioquia, Arauca, Bolívar, Bogotá, Caldas, Casanare, Chocó, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca.

La Tabla 2 presenta el número de niños, niñas y adolescentes colombianos entre los 8 y los 18 años habitantes de las zonas a estudio en el año 2013.

Tabla 2. Número de niños, niñas y adolescentes habitantes por zona de estudio

Edad	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
	TOTAL ESTUDIO			ANTIOQUIA			ARAUCA		
8	573.556	292.963	280.593	104.064	53.309	50.755	6.526	3.313	3.213
9	577.025	294.604	282.421	104.620	53.556	51.064	6.422	3.261	3.161
10	580.730	296.336	284.394	105.236	53.800	51.436	6.300	3.202	3.098
11	584.444	298.044	286.400	105.856	54.048	51.808	6.163	3.133	3.030
12	588.716	300.183	288.533	106.825	54.500	52.325	6.023	3.062	2.961
13	593.763	302.908	290.855	108.309	55.269	53.040	5.892	2.989	2.903
14	598.900	305.821	293.079	110.051	56.211	53.840	5.763	2.915	2.848
15	603.474	308.370	295.104	111.672	57.068	54.604	5.626	2.835	2.791
16	607.758	310.669	297.089	113.189	57.850	55.339	5.482	2.755	2.727
17	609.307	311.603	297.704	114.361	58.445	55.916	5.321	2.669	2.652
<b>Total</b>	5.917.673	3.021.501	2.896.172	1.084.183	554.056	530.127	59.518	30.134	29.384
Edad	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
	BOGOTÁ			BOLÍVAR			CALDAS		
8	119.452	61.201	58.251	40.981	20.872	20.109	16.457	8.411	8.046
9	120.269	61.550	58.719	41.174	20.951	20.223	16.471	8.423	8.048
10	121.173	61.931	59.242	41.391	21.036	20.355	16.481	8.436	8.045
11	122.063	62.295	59.768	41.584	21.103	20.481	16.496	8.453	8.043
12	123.320	62.851	60.469	41.696	21.163	20.533	16.539	8.485	8.054
13	125.086	63.678	61.408	41.661	21.189	20.472	16.621	8.532	8.089
14	127.093	64.638	62.455	41.505	21.186	20.319	16.739	8.596	8.143
15	129.056	65.552	63.504	41.308	21.155	20.153	16.828	8.646	8.182
16	131.181	66.501	64.680	41.096	21.108	19.988	16.849	8.654	8.195
17	132.317	67.033	65.284	40.673	20.947	19.726	17.012	8.740	8.272
<b>Total</b>	1.251.010	637.230	613.780	413.069	210.710	202.359	166.493	85.376	81.117
Edad	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
	CASANARE			CHOCÓ			HUILA		
8	7.165	3.669	3.496	12.470	6.307	6.163	22.570	11.526	11.044
9	7.174	3.671	3.503	12.328	6.237	6.091	22.679	11.577	11.102
10	7.183	3.673	3.510	12.181	6.171	6.010	22.787	11.633	11.154
11	7.180	3.668	3.512	12.023	6.090	5.933	22.887	11.673	11.214
12	7.180	3.664	3.516	11.879	6.021	5.858	22.992	11.725	11.267
13	7.195	3.672	3.523	11.737	5.957	5.780	23.106	11.780	11.326
14	7.207	3.678	3.529	11.598	5.892	5.706	23.205	11.832	11.373
15	7.210	3.678	3.532	11.449	5.823	5.626	23.267	11.860	11.407
16	7.191	3.671	3.520	11.262	5.731	5.531	23.314	11.891	11.423
17	7.160	3.652	3.508	11.140	5.676	5.464	23.200	11.835	11.365
<b>Total</b>	71.845	36.696	35.149	118.067	59.905	58.162	230.007	117.332	112.675

Edad	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
	META			NARIÑO			NORTE DE SANTANDER		
8	17.814	9.102	8.712	33.309	16.899	16.410	26.098	13.284	12.814
9	17.688	9.032	8.656	33.518	16.994	16.524	26.532	13.500	13.032
10	17.556	8.955	8.601	33.730	17.096	16.634	26.996	13.733	13.263
11	17.408	8.874	8.534	33.930	17.183	16.747	27.506	13.984	13.522
12	17.312	8.816	8.496	33.992	17.234	16.758	27.799	14.146	13.653
13	17.299	8.800	8.499	33.797	17.196	16.601	27.784	14.168	13.616
14	17.343	8.811	8.532	33.443	17.102	16.341	27.531	14.090	13.441
15	17.358	8.807	8.551	33.076	16.999	16.077	27.283	14.008	13.275
16	17.366	8.796	8.570	33.692	16.888	15.804	26.989	13.903	13.086
17	17.371	8.787	8.584	32.222	16.713	15.509	26.598	13.730	12.868
<b>Total</b>	174.515	88.780	85.735	333.709	170.304	163.405	271.116	138.546	132.570
Edad	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
	PUTUMAYO			QUINDÍO			SANTANDER		
8	7.780	3.956	3.824	9.147	4.669	4.478	34.232	17.517	16.715
9	7.808	3.969	3.839	9.194	4.694	4.500	34.685	17.750	16.935
10	7.828	3.976	3.852	9.244	4.722	4.522	35.168	17.995	17.173
11	7.851	3.987	3.864	9.280	4.744	4.536	35.688	18.259	17.429
12	7.852	3.987	3.865	9.370	4.790	4.580	36.210	18.536	17.674
13	7.833	3.980	3.853	9.539	4.872	4.667	36.760	18.837	17.923
14	7.791	3.964	3.827	9.749	4.973	4.776	37.275	19.125	18.150
15	7.738	3.940	3.798	9.941	5.066	4.875	37.770	19.402	18.368
16	7.682	3.916	3.766	10.128	5.154	4.974	38.237	19.665	18.572
17	7.562	3.856	3.706	10.225	5.197	5.028	38.436	19.777	18.659
<b>Total</b>	77.725	39.531	38.194	95.817	48.881	46.936	364.461	186.863	177.598
Edad	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
	SUCRE			TOLIMA			VALLE DEL CAUCA		
8	16.760	8.554	8.206	26.591	13.659	12.932	72.140	36.715	35.425
9	16.852	8.597	8.255	26.746	13.749	12.997	72.865	37.093	35.772
10	16.936	8.638	8.298	26.870	13.820	13.050	73.670	37.519	36.151
11	17.010	8.677	8.333	26.993	13.898	13.095	74.526	37.975	36.551
12	17.105	8.731	8.374	27.083	13.957	13.126	75.539	38.515	37.024
13	17.224	8.807	8.417	27.148	14.016	12.132	76.772	39.166	37.606
14	17.346	8.888	8.458	27.178	14.062	13.116	78.083	39.858	38.225
15	17.434	8.953	8.481	27.140	14.074	13.066	79.318	40.504	38.814
16	17.499	9.002	8.497	27.040	14.038	13.002	80.561	41.146	39.415
17	17.449	8.996	8.453	26.910	13.999	12.911	81.350	41.551	39.799
<b>Total</b>	171.615	87.843	83.772	269.699	139.272	130.427	764.824	390.042	374.782

## 4.2.2 Componente cuantitativo

Selección y tamaño de muestra: niños, niñas y adolescentes (grupo a estudiar y grupo control). En la Tabla 3 se encuentra la descripción de la muestra por tipo de exposición. Se utilizaron muestras independientes para cada tipo de exposición al conflicto. Cada muestra consta de un grupo de expuestos y un grupo de no expuestos (víctimas y no víctimas).

Tabla 3. Descripción de la muestra

TIPO DE HECHO VICTIMIZANTE (EXPOSICIÓN)	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA
<b>Desvinculados</b>	Se incluyeron los niños, niñas y adolescentes desvinculados bajo protección del ICBF en las zonas de estudio y en las diferentes modalidades de atención que desarrollan el programa especializado
<b>Víctimas de minas antipersonal</b>	Se incluyeron los niños, niñas y adolescentes víctimas de minas antipersonal registrados y bajo protección del ICBF en las zonas de estudio y que están en los registros del ICBF.
<b>Huérfanos</b>	Se incluyeron niños, niñas y adolescentes huérfanos de padre, madre o ambos, por asesinato o por desaparición forzada que se encontraban bajo protección del ICBF en las zonas a estudio y en las diferentes modalidades del programa especializado y a los cuales se tuvo acceso.
<b>Hijos de desaparecidos</b>	Se incluyeron los niños, niñas y adolescentes hijos de desaparecidos que se encontraban bajo protección del ICBF en las zonas de estudio.
<b>Víctimas de violencia sexual</b>	Se incluyeron los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual relacionada con el conflicto armado que se encontraban bajo protección del ICBF en las zonas de estudio e identificados por el ICBF. Estos niños, niñas y adolescentes presentaron una doble exposición al conflicto y se encontraban bajo protección del ICBF usualmente bajo la nominación de la otra exposición (desvinculados, huérfanos, desplazados o víctimas de minas antipersonal).
<b>Desplazados</b>	Aleatoriamente se identificaron los niños, niñas y adolescentes, utilizando los listados de desplazamiento del ICBF, un total de 428 niños, niñas y adolescentes desplazados entre los 8 y los 18 años. Este cálculo se realizó con el programa Statcalc de Epiinfo versión 7, teniendo en cuenta un nivel de confianza de 95 %, un poder de 80 %, un RR de 2, la prevalencia de trastornos mentales de 5 a 15 % de niños, niñas y adolescentes (Benjet, 2008; Torres de Galvis, 2006) y la buena salud física en general de la mayoría de ellos. Considerando la proporción de niños, niñas y adolescentes desplazados entre los 8 y los 18 años de edad que habitan en la actualidad en las zonas de estudio se distribuyeron los 428 niños entre las regiones, dando así la representatividad correspondiente a cada sitio. Estos niños y sus familias están registrados por el programa de Unidades Móviles del ICBF.
<b>Víctimas de secuestro</b>	Se seleccionaron niños, niñas y adolescentes que hubieran sido víctimas de secuestro y que tuvieran sus datos disponibles, según las bases de datos suministradas por el Ministerio de Defensa al ICBF, para este tipo de actividades. Sin embargo, no se tuvo acceso a la muestra.

**Grupo control:** se seleccionaron niños, niñas y adolescentes entre 8 y 18 años estudiantes de colegios públicos de las zonas donde se encuentren viviendo en la actualidad los niños, niñas y adolescentes que han sido expuestos directamente al conflicto armado y niños, niñas y adolescentes entre los 8 y los 18 años. Así mismo se incluyeron niños, niñas y adolescentes pertenecientes al programa de Generaciones con Bienestar del ICBF. Este grupo control fue el mismo para las diferentes exposiciones al conflicto y corresponde a un radio expuestos: no expuestos de 2:1. Los criterios de inclusión del grupo control fueron las variables sociodemográficas similares: edad, sexo, nivel de escolaridad y condición de vulnerabilidad.

La muestra total de niños a incluir se encuentra en la siguiente tabla:

**Tabla 4. Descripción de la muestra de los niños, niñas y adolescentes inicialmente seleccionada**

	Desvinculados	Minas y huérfanos	Desplazados	Total hechos	Control	Total
Antioquia	73	47	53	173	117	290
Arauca	0	15	16	31	21	52
Bolívar	0	0	21	21	14	35
Bogotá	106	4	22	132	89	221
Caldas	64	0	5	69	47	116
Casanare	0	68	12	80	54	134
Chocó	4	19	30	53	36	89
Huila	6	10	51	67	45	112
Meta	41	23	29	93	63	156
Nariño	0	135	34	169	114	283
Norte De Santander	1	31	9	41	28	69
Putumayo	0	0	21	21	14	35
Quindío	36	0	8	44	30	74
Santander	26	0	55	81	55	136
Sucre	0	0	21	21	14	35
Tolima	3	18	24	45	30	75
Valle	69	7	17	93	63	156
<b>Total</b>	<b>429</b>	<b>377</b>	<b>428</b>	<b>1234</b>	<b>836</b>	<b>2070</b>

### 4.2.3 Componente cualitativo

El componente cualitativo se trabajó exclusivamente con niños, niñas y adolescentes expuestos directamente al conflicto armado. Se desarrolló una entrevista semiestructurada, (Anexo No 3) para aplicar a 33 niños, niñas y adolescentes en algunas de las regiones del estudio. La muestra de niños por entrevistar se tomó por conveniencia teniendo en cuenta las recomendaciones del personal del ICBF a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes.

Utilizar un muestreo por saturación es imposible debido a las dificultades para acceder a la población del estudio (por ejemplo, víctimas de secuestro) y al cronograma de la investigación. Por lo tanto, haciendo un estimado de la información requerida para encontrar categorías estables a partir de las distintas técnicas cualitativas seleccionadas, se recolectaron entrevistas. Adicionalmente, participaron en grupos focales los familiares de niños, niñas y adolescentes desplazados en las ciudades principales. Para los niños, niñas y

adolescentes de 8 a 14 se llevó a cabo una técnica cualitativa apropiada para su edad, que se centraba en la realización de un noticiero con un guión específico (ver Anexo 4).

### Criterios general de inclusión y exclusión

#### Criterios de inclusión

1. Niños, niñas y adolescentes colombianos entre los 8 y los 18 años.
2. Consentimiento de participación voluntaria, en los casos específicos previo el consentimiento del defensor de familia correspondiente.

#### Para el grupo de expuestos

1. Haber tenido exposición directa al conflicto armado: ser desvinculado y estar en un programa de atención especializada.
2. Ser desplazado a causa de la violencia y estar registrado en el programa de las Unidades Móviles, víctima de mina antipersonal y estar reconocido como tal en el

Estado colombiano a través del Instituto Colombiano de Bienestar familiar.

3. Ser huérfano de padre o madre o ambos por el conflicto armado.
4. Ser víctima de violencia sexual en el conflicto armado.

### Criterios de exclusión

1. No autorización de sus padres o defensores.
2. Dificultades cognitivas, lesión física que compromete la funcionalidad del niño (experiencia en campo) o psicológica que le impidan la comprensión del asentimiento.

## 4.2.4 Variables

### Variables dependientes:

Las variables dependientes se pueden dividir en tres grandes categorías:

#### 1. Indicadores de salud física

- a. Estado de salud: percepción personal del estado de salud del niño, niña y adolescente como excelente, bueno, regular, malo o muy malo.
- b. Enfermedades crónicas (cáncer, diabetes, VIH, epilepsia, otra): reporte de alguna enfermedad crónica desgastante del niño, niña y adolescente.
- c. Secuelas físicas, cicatrices que no le gustan: reporte del niño, niña y adolescente de cicatrices deformantes.
- d. Secuelas físicas, amputaciones de dedos o extremidades: reporte del niño, niña y adolescente de la amputación de dedos, manos, pies, brazos o piernas.
- e. Secuelas físicas, pérdida de dientes: reporte de niños, niñas y adolescentes de pérdidas dentales.
- f. Síntomas gastrointestinales: reporte del niño, niña y adolescente de náuseas, vómito, dolor abdominal, pujo, tenesmo, diarrea, sangre en heces o moco en heces.
- g. Síntomas músculo-esqueléticos: reporte del niño, niña y adolescente de dolores articulares o musculares en espalda, cuello, brazos, piernas, manos o pies.
- h. Síntomas neurológicos: reporte del niño, niña y adolescente de cefalea, visión doble, mareos o vértigo.
- i. Síntomas reproductivos y urinarios: reporte de secreciones, dolor o lesiones en órganos genitales y reporte de sangrados anormales.

- j. Síntomas otros: reporte de otros síntomas que se le ocurran al niño, niña y adolescente sin indagarlos independientemente.
- k. Discapacidad: presencia de alguna discapacidad. Variable dicotómica.
- l. Discapacidad física: problemas para moverse evidentes o reportados por el niño, niña y adolescente.
- m. Problemas de audición: disminución o pérdida auditiva reportada por el niño, niña y adolescente.
- n. Problemas para ver: disminución o pérdida visual reportada por el niño, niña y adolescente.
- o. Otro tipo de discapacidad: otra discapacidad reportada por el niño, niña y adolescente.
- p. Estado nutricional: medido por índice de masa corporal. Esto es peso en kilogramos dividido por la talla al cuadrado en metros.
- q. Peso en kilos: peso actual en kilogramos.
- r. Talla: talla actual en centímetros.

#### 2. Indicadores de estado emocional

- a. Indicadores de estado emocional asociados al afecto: Esta variable corresponde a los síntomas asociados a diferentes indicadores de depresión, como tristeza, sentimientos de culpa, pensamientos de muerte y otros más que presenten en la actualidad los niños, niñas y adolescentes. Se midió utilizando el CDS y se codificó con el puntaje del mismo.
- b. Indicadores de procesos emocionales internos y externos: problemas de conducta de los niños, niñas y adolescentes. El concepto se dividió en dos variables: problemas de comportamiento externalizante y problemas de comportamiento internalizante. Se midió utilizando el CBCL y se codificó con indicadores de reexperimentación, evitación y activación de acuerdo con puntaje del instrumento.
- c. Trastorno de estrés postraumático.
- d. Indicadores de capacidad vincular: capacidad de establecer relaciones con otros seres humanos. Se midió utilizando el instrumento de Personas en mi Vida (adaptación de Mejía y Cakargo, 2006) y se dividió en cuatro variables: padres, amigos, vecinos y profesores.
- e. Indicadores de nivel de desarrollo integral: los 40 activos de desarrollo en las siguientes áreas:
  - Externos: a) apoyo, b) fortalecimiento, c) límites, d) expectativas e) uso constructivo del tiempo.

- **Internos:** a) compromiso con el aprendizaje, b) valores positivos, c) capacidad social d) identidad positiva.
- f. Indicadores de comportamiento prosocial: capacidad de los niños, niñas y adolescentes de actuar en favor de la sociedad. Se midió utilizando la escala de Caprara y Pastorelli y se codificó teniendo en cuenta el puntaje obtenido por los niños, niñas y adolescentes.
  - g. Indicadores de desentendimiento moral: incapacidad de actuar de forma bondadosa. Se midió utilizando la escala de desentendimiento moral de Bandura y se codificó el puntaje obtenido por los niños, niñas y adolescentes.
  - h. Indicadores de resiliencia: capacidad de los niños, niñas y adolescentes de asumir con flexibilidad situaciones difíciles y sobreponerse a ellas. Se midió utilizando la escala de Wagnild y Young (1983) y se codificó el puntaje obtenido.
  - i. Indicadores de empatía: capacidad de los niños, niñas y adolescentes para identificarse mental y afectivamente con otros seres humanos. Se midió utilizando la escala de Bryant y se codificó utilizando el puntaje que obtengan los niños, niñas y adolescentes.

### 3. Indicadores de bienestar social:

- a. Indicadores de espiritualidad: conjunto de actividades y sentimientos referidos a la vida espiritual.
- b. Indicadores de capital social: colaboración entre individuos que interactúan en la sociedad.
- c. Indicadores de actividad lúdica: actividades de juego, esparcimiento, deporte y descanso en las que participan niñas, niños y adolescentes.

### Covariables (acumulación) (moduladoras y mediadoras):

1. Tipo de exposición al conflicto armado
2. Violencia sexual
3. Desplazamiento
4. Orfandad
5. Víctimas de minas antipersonal
6. Desvinculados

### Variables independientes:

- Sociodemográficas: edad en años, sexo, etnia, escolaridad, vinculación actual con el sistema escolar, tenencia de documento de identidad, estrato socioeconómico al que pertenece, lugar de nacimiento, lugar de residencia, grado de discapacidad.
- Modalidad de atención o programa del ICBF.
- Tipo de atención que el niño, niña y adolescente ha recibido del ICBF.

### 4.2.5 Instrumentos

Los instrumentos que se emplearon en la recolección de la información se eligieron teniendo en cuenta su utilización en población entre los 8 y 18 años de edad, su disponibilidad en español, el tiempo de aplicación que llevan, su validación en la población de estudio, su uso en niños, niñas y adolescentes expuestos a conflictos armados, su uso en Colombia o al menos en Latinoamérica y la necesidad del estudio de información complementaria. Estos instrumentos (ver Anexo 1A) son:

a. Children's Depression Scale (CDS)

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	"Children's Depression Scale" (CDS)
<b>Edad de aplicación:</b>	8 a 16 años
<b>Número de ítems:</b>	66
<b>Subescalas o factores:</b>	evaluación global y específica de la depresión en los niños
<b>Tiempo de aplicación:</b>	de 30 a 40 minutos

b. Child Behavior Check List (CBCL)

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	"Child Behavior Check List"
<b>Edad de aplicación:</b>	de 6 a 18 años
<b>Número de ítems:</b>	119
<b>Subescalas o factores:</b>	problemas de internalización y de externalización
<b>Tiempo de aplicación:</b>	entre 30 y 40 minutos

c. Personas en mi vida

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	"Personas en mi vida"
<b>Edad de aplicación:</b>	de 8 a 15 años
<b>Número de ítems:</b>	79
<b>Subescalas o factores:</b>	apego a los padres, a los amigos, a la escuela y al vecindario
<b>Tiempo de aplicación:</b>	de 10 a 15 minutos

d. Cuarenta elementos fundamentales

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	Elementos fundamentales del desarrollo
<b>Edad de aplicación:</b>	de 10 en años en adelante
<b>Número de ítems:</b>	58
<b>Subescalas o factores:</b>	compromiso con el aprendizaje, valores positivos, competencias sociales, identidad positiva, apoyo, empoderamiento, límites y expectativas y uso constructivo del tiempo
<b>Tiempo de aplicación:</b>	de 10 a 15 minutos.

e. Escala de resiliencia de Wagnild y Young

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	Escala de resiliencia
<b>Edad de aplicación:</b>	de 13 años en adelante
<b>Número de ítems:</b>	25
<b>Subescalas o factores:</b>	vida significativa, perseverancia, ecuanimidad y confianza en sí mismo
<b>Tiempo de aplicación:</b>	de 5 a 10 minutos

f. Escala de comportamiento prosocial (Caprara y Pastorelli Scale)

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	Escala de comportamiento prosocial
<b>Edad de aplicación:</b>	de 8 a 16 años
<b>Número de ítems:</b>	15
<b>Subescalas o factores:</b>	ayuda, confianza y simpatía
<b>Tiempo de aplicación:</b>	de 5 a 8 minutos

g. Índice de empatía (Bryant Scale)

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	Índice de empatía
<b>Edad de aplicación:</b>	de 8 a 16 años
<b>Número de ítems:</b>	22
<b>Subescalas o factores:</b>	comprensión de los sentimientos, sentimientos de tristeza, reacciones al llanto
<b>Tiempo de aplicación:</b>	8 a 10 de minutos

h. Escala de desentendimiento moral de Bandura

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	Cuestionario de desentendimiento moral
<b>Edad de aplicación:</b>	de 8 años en adelante
<b>Número de ítems:</b>	32
<b>Subescalas o factores:</b>	justificación moral, comparación ventajosa desplazamiento de la responsabilidad, difusión de la responsabilidad, distorsión de las consecuencias, atribución de la culpa y deshumanización
<b>Tiempo de aplicación:</b>	de 10 a 15 minutos

i. **Cuestionario complementario** (ver Anexo 5)  
la primera parte son preguntas que se realizaron a los niños, niñas y adolescentes y la segunda parte contiene ítems que se llenaron buscando en los formatos del Platinfo.

Se capacitaron auxiliares de investigación en cada uno de los sitios de aplicación. La capacitación se realizó durante dos días. Los auxiliares de investigación fueron en su totalidad profesionales calificados para trabajar en su disciplina (psicología y trabajo social). Las pruebas psicológicas fueron aplicadas en su totalidad por psicólogos con licencia para hacerlo. Los cuestionarios y los formularios de abstracción fueron diligenciados por psicólogos o trabajadores sociales. En la capacitación se entregó un manual instructivo de aplicación y se hicieron visitas de seguimiento en terreno.

Para el componente cualitativo se utilizó una entrevista semiestructurada diseñada para el estudio que constaba de preguntas abiertas, que solo hacían referencia al estado psicosocial de niños, niñas y adolescentes.

#### 4.2.6 Procedimientos para la recolección de información

- Fase I:** Preparación
- Fase II:** Documentación y conceptualización
- Fase III:** Identificación y selección de participantes
- Fase IV:** Elaboración y validación de instrumentos cuantitativos y cualitativos
- Fase V:** Formación de equipos y recolección de datos
- Fase VI:** Análisis consolidado

A los niños, niñas y adolescentes descritos en la muestra se les convocó a participar en el estudio por los auxiliares de investigación. Se les explicó a ellos y a sus familias o acudientes en qué consistía el estudio.

A los interesados se les realizó el proceso de consentimiento informado y asentimiento. Aquellos que aceptaron su participación y tuvieron permiso de participar por parte de sus padres o acudientes a quienes se les aplicaron los instrumentos por el equipo del estudio en dos sesiones para evitar su agotamiento. Se revisaron los formatos del Platinfo de los participantes para obtener la información pertinente.

En total, la información se recolectó en aproximadamente 60 minutos. Estas entrevistas fueron realizadas en su mayoría por trabajadores sociales. De acuerdo con las disposiciones éticas del estudio, el personal de investigación vigiló las reacciones y el comportamiento de los participantes durante las actividades. Las situaciones que generaron incomodidad fueron interrumpidas, y en caso de haber percibido riesgo para los participantes, la recolección de información fue suspendida de inmediato y el niño, niña o adolescente fue remitido para recibir atención adecuada. El personal del estudio verificó que la misma se llevara a cabo.

#### 4.2.7 Consideraciones éticas

Esta investigación se desarrolló con el propósito de generar conocimiento para la atención, asistencia y reparación a niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado colombiano y dar así cumplimiento a la Ley 1448. Es necesario conocer las consecuencias, los impactos y las afectaciones de su exposición a la violencia. Se requiere evaluarlos y comparar los resultados con los de niños, niñas o adolescentes similares a ellos en sus características sociodemográficas pero diferentes en su exposición al conflicto (no expuestos). Se elaboró un consentimiento informado y se presentó al Comité de Ética de la Universidad de San Buenaventura, seccional Cali, para ser aprobada (ver Anexo 6).



# CAPÍTULO V

---

## RESULTADOS

## Resultados

La presente investigación arroja datos de gran valor sobre el impacto del conflicto armado y los diferentes hechos victimizantes en el estado psicosocial de niños, niñas y adolescentes. Uno de los compromisos fue analizar las bases de datos con que cuenta el ICBF para hacer un análisis descriptivo basado en registros y poder determinar la magnitud de los hechos victimizantes. Ese es el primer análisis que se presenta, que deja claro que no todos los hechos victimizantes, según los datos suministrados, cuentan con el registro necesario para hacer tal análisis.

En un segundo momento se muestran las comparaciones entre el grupo de víctimas versus no víctimas; es decir, las comparaciones entre cada uno de los hechos victimizantes por cada indicador físico y psicosocial. Posteriormente se analizan los resultados de cada hecho victimizante para cada uno de los indicadores físicos y psicosociales y, finalmente, la aproximación cualitativa.

### 5.1 Análisis cuantitativo

Se presenta en ocho ejes:

1. Magnitud derivado del análisis de las bases de datos.
2. Datos descriptivos de la muestra objeto de la aplicación.
3. Análisis de los hechos victimizantes por indicador psicosocial.
4. Comparación de indicadores psicosociales y hechos victimizantes.
5. Análisis por enfoque diferencial.
6. Análisis por acumulación de hechos victimizantes y relación con los indicadores psicosociales.
7. Análisis por modalidad de atención.
8. Análisis de mediación y modulación.

#### 5.1.1 Magnitud

##### a. Desplazamiento forzado

Según los datos registrados y suministrados para el análisis, el ICBF atendió 20.266 niños, niñas y adolescentes desplazados en los últimos años, que provenían principalmente de Antioquia (2062), Bolívar (1911), Tolima (1819), Caquetá (1502), Nariño (1279), Cauca (1222) y Magdalena (1209). Si se tiene en cuenta el total de niños,

niñas y adolescentes de los departamentos colombianos, los departamentos más afectados por el desplazamiento son Guaviare, donde por cada 100.000 niños, niñas y adolescentes 1333 se ven obligados a desplazarse; Caquetá, con una tasa de desplazamiento por 100.000 niños, niñas y adolescentes de 801, y Putumayo con una tasa de 668.

Bogotá no es un sitio frecuente de expulsión (solo han salido 35 niños, niñas y adolescentes), pero sí es una ciudad receptora de niños, niñas y adolescentes de todo el país, principalmente de la parte central. Antioquia es el departamento que más recibe niños, niñas y adolescentes desplazados, seguido por Bogotá. El 83,2 % de los niños, niñas y adolescentes desplazados pertenece a la mayoría étnica. El 3 % de los niños por encima de los 6 años no habían recibido ninguna educación. Solo el 25 % de los niños, niñas y adolescentes desplazados no han sufrido algún otro tipo de victimización.

Al compararlas con la región central (de donde se desplaza el número más alto de niños, niñas y adolescentes en Colombia), las regiones se caracterizan por:

- **Caribe:** A menor edad de los niños, niñas y adolescentes desplazados menor número de hechos victimizantes, mayor escolaridad, mayor etnia indígena, mayor atención en comuna, corregimiento, localidad, resguardo y vereda.
- **Pacífica:** A menor edad, mayor escolaridad, menor etnia afrocolombiana y menor etnia indígena, menor atención en comuna, corregimiento, resguardo y vereda, mientras que hay mayor atención en localidad.
- **Bogotá:** A mayor etnia afrocolombiana, más niñas, menor atención en comuna, corregimiento y vereda.
- **Oriental:** A menor número de hechos victimizantes, menor etnia indígena, menor atención en comuna, corregimiento y vereda, y mayor atención en resguardo.
- **Territorios nacionales:** A menor edad, menor número de hechos victimizantes, mayor etnia afrocolombiana, menor etnia indígena y menor atención en comuna, corregimiento, vereda resguardo y localidad.

En cuanto a la migración forzada de niños, niñas y adolescentes se encontró que los principales lugares en el país a los cuales emigran los niños, niñas y adolescentes víctimas del desplazamiento forzado son Antioquia, Arauca, Bogotá, Bolívar, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Guaviare Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander,

Nariño, Putumayo, Santander, Tolima, Valle del Cauca. Ver los mapas de migración correspondientes.

## b. Desvinculados

En relación con los datos correspondientes a los niños, niñas y adolescentes desvinculados del conflicto armado, el ICBF atendió 5252 niños, niñas y adolescentes desvinculados de los grupos armados ilegales entre noviembre de 1999 y enero del año 2013. Los niños, niñas y adolescentes que se han desmovilizado vienen con mayor frecuencia de las Farc.

En cuanto a los bloques o frentes que reclutan más menores de edad, a juzgar por el número de niños, niñas y adolescentes desvinculados provenientes de los mismos, están los siguientes:

- **Por las AUC:** al sur de Casanare, 175; Vencedores de Arauca, 51; Central Bolívar, Santa Rosa del Sur, 67; Cacique Nutibara, 51, y Centauros, 79.
- **Por las Farc:** Frente 21, 104; Frente 48, 129; Frente 6, 86, Frente 49, 74; Frente 47, 69; Frente 40, 66; Frente 34, 59; Frente 32, 100; Frente 29, 79; Frente 27, 53; Frente 18, 61; Frente 16, 60; Frente 14, 65; Frente 15, 70; Frente 10, 52, y Frente 1, 66.

Los departamentos con tasas superiores a 100 niños, niñas y adolescentes reclutados por 100.000 habitantes menores de edad son Caquetá (225 por 100.000), Vaupés (184 por 100.000), Guaviare (174 por 100.000), Putumayo (146 por 100.000), Arauca (144 por 100.000), Meta (124 por 100.000), Casanare (115 por 100.000) y Guainía (100 por 100.000). En cuanto a la edad de reclutamiento de niños, niñas y adolescentes, el promedio fue de 13,5 años y la misma estuvo entre los 0 y los 17 años. El grupo de edad de niños, niñas y adolescentes muy pequeños. Esto se debe a que nacieron dentro de los grupos armados.

En cuanto a las características de estos niños, niñas y adolescentes se encontró que en la actualidad los niños, niñas y jóvenes tienen entre 11 y 32 años de edad. La edad promedio de desvinculación de los niños, niñas y adolescentes es de 17 años. El rango oscila entre los 9 y los 18 años. El 28 % de los desvinculados fueron niñas y el 72 %, niños. El departamento en el cual nacieron más niños, niñas y adolescentes de los grupos armados al margen de la ley fueron Antioquia, seguido por Caquetá, Meta y Tolima.

En cuanto al nivel de escolaridad de los niños, niñas y adolescentes desvinculados, se encontró que es muy

bajo. El 73 % no han alcanzado a cursar el primer año de bachillerato y solo el 0,6 % son bachilleres en la actualidad.

En el proceso de desvinculación también hay unos datos que vale la pena analizar: el 17 % de las niñas tenían hijos o estaban embarazadas al momento de la desvinculación. La desvinculación de los niños, niñas y adolescentes de los grupos armados para los años 2000, 2003, 2004, 2005 y 2006 muestra picos importantes que pueden corresponder a los procesos de desmovilización de las autodefensas. El año de ingreso con mayor número de niños, niñas y adolescentes desvinculados fue 2003, seguido por 2004 y posteriormente 2005. La edad de ingreso a los programas del ICBF estuvo entre los 9 y los 22 años, con un promedio de 15,5 años. Si bien los jóvenes de 18 a 22 ya no son menores de edad, todas las personas incluidas en estos servicios fueron reclutadas por los grupos armados antes de cumplir los 18 años de edad. La media fue de 17 años y casi toda la población estuvo entre los 12 y los 18 años de edad. Mientras que la edad de desvinculación estuvo entre 7 y 22 años con una media de 15,5, mientras que la fecha de desvinculación estuvo entre febrero de 1999 y junio del 2013 con la media de agosto del 2007.

Dentro de las autoridades ante las cuales se desvincularon los niños, niñas y adolescentes o que facilitaron este procesos, el ejército fue la más común, seguido por la policía y el ICBF. Es interesante ver que ocho niños, niñas y adolescentes se presentaron ante autoridades venezolanas. Las regionales del ICBF que más recibieron niños desvinculados fueron Antioquia, Boyacá y Meta, según el análisis de las bases de datos suministradas.

Las autoridades judiciales que manejaron cada uno de los casos fueron la Fiscalía, el Cabildo Indígena, un juez, en su mayoría, y otro. Las ciudades en las que los niños, niñas y adolescentes reciben mayor atención al desvincularse son Bogotá, Medellín y Cali. Entre las tres ciudades se atiende a más de la mitad de los niños, niñas y jóvenes desvinculados de los grupos armados al margen de la ley. En cuanto al departamento de desvinculación en un 80 % fue el mismo en el que nacieron este fue para el 80 % de los niños, niñas y adolescentes el mismo en el cual nacieron.

Los niños, niñas y adolescentes muestran unas características particulares según el grupo en el que fueron reclutados.

- **En el caso de las AUC**

Los niños, niñas y adolescentes desvinculados de las AUC reciben con menor frecuencia atención familiar, se desvincularon con mayor frecuencia ante

el gobierno central, son atendidos por servicios en hogar gestor y hogar tutor con mayor frecuencia, su tiempo de desvinculación es mayor comparado con otros grupos y su desvinculación es menos voluntaria y más por entrega. Igualmente, la tendencia es que muestran una escolaridad más alta al compararlos con los niños, niñas y adolescentes desvinculados de otros grupos.

- **En el caso de las bacrim**

Los niños, niñas y adolescentes desvinculados de las bacrim permanecen por mayor tiempo en los programas del ICBF, tienen menor atención familiar, la etnia indígena es menor en proporción y reciben menos servicios de hogar transitorio que otros.

- **En el caso del ELN**

Con frecuencia, los niños, niñas y adolescentes desvinculados del ELN son de sexo femenino, tienen menor escolaridad que los demás, pertenecen a minorías (afrocolombianos e indígenas) y la autoridad judicial que sigue sus casos es la Fiscalía.

- **En el caso de las Farc**

Los niños, niñas y adolescentes desvinculados de las Farc son con mayor frecuencia de sexo masculino, tienen una escolaridad más alta, han permanecido mayor tiempo en el grupo armado, algunos son afrodescendientes y su desvinculación ha sido más reciente. Igualmente, existe una tendencia mayor a recibir servicios en los Centros de Atención Especializada y a que su desvinculación haya sido voluntaria.

### **c. Orfandad por conflicto armado**

Según las bases de datos suministradas por el ICBF en el momento en que se realizó la investigación, en total se atendieron 407 niños, niñas y adolescentes huérfanos o hijos de padres desaparecidos en los centros zonales del ICBF, entre el primero de enero de 2007 y el 30 de junio de 2013. La edad promedio de los niños, niñas y adolescentes fue de 12 años y estuvo entre los 0 y los 21 años de edad. Se incluyen en el análisis 33 personas mayores de edad, ya que las mismas quedaron huérfanas antes de cumplir 18 años. La distribución por sexo es equilibrada con un ligero predominio masculino (52 %). Esto muestra la necesidad de revisar la forma como se registran en las diferentes bases los datos que pueden llevar a confusiones y a sesgos en las conclusiones.

La mayoría de los niños, niñas y adolescentes huérfanos registrados provienen de Nariño. Este departamento tiene más del doble de huérfanos del segundo departamento con mayor número de niños, niñas y adolescentes que le sigue en número de niños, niñas y adolescentes. Le siguen Casanare, Chocó y Antioquia. Más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes huérfanos a causa del conflicto armado que han recibido atención del ICBF pertenecen a alguna minoría. La mayoría son indígenas. De los 166 niños, niñas y adolescentes pertenecientes a alguna comunidad indígena, 156 son awa kwaiters. Tres de los niños, niñas y adolescentes huérfanos son padres en la actualidad, y una adolescente se encontraba en gestación al momento de recoger los datos utilizados para el presente informe. Casi todos los niños, niñas y adolescentes tenían documento de identidad; únicamente tres de ellos no contaban con identificación.

Sobre los hechos que llevaron a los niños, niñas y adolescentes a la orfandad en el conflicto armado, la mayoría condujo al asesinato o desaparición de los padres, se produjo en zona rural (80 %). El 75 % de los padres eran propietarios de tierras al momento de los hechos. El despojo estuvo asociado con la desaparición o muerte de los padres de niños, niñas y adolescentes en un 52 % de los casos.

Los niños, niñas y adolescentes huérfanos fueron atendidos en los departamentos de Antioquia, Arauca, Bogotá, Casanare, Chocó, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Tolima y Valle. Los datos muestran que el 7 % de los huérfanos fueron atendidos en un departamento diferente al de su origen. La permanencia promedio de los niños, niñas y adolescentes en el programa del ICBF fue de 25 meses y estuvo entre 0 y 125 meses.

Se reporta que dos menores reciben actualmente ayudas técnicas, 20 niños, niñas y adolescentes han requerido ayudas y seis se encuentran en proceso de rehabilitación. Diecinueve niños, niñas y adolescentes presentan en la actualidad enfermedades que requieren tratamiento inmediato. A continuación se listan estas patologías con el número de niños, niñas y adolescentes que las padecen en paréntesis: linfoma de Hodking (1), asma (2), epilepsia (1), problemas de comportamiento (5), deterioro neurológico progresivo (1), distrofia muscular de Duchenne (1), infección urinaria (1), problemas de refracción (1), enfermedad cardíaca (1), retardo mental (2), síndrome de Down (1), sinusitis (1), úlcera en ojo izquierdo (1).

En relación con el tipo de orfandad los resultados mostraron que la mayoría de los niños, niñas y adolescentes huérfanos lo son porque los padres han fallecido (85,7 %) mientras que el 14,3 % restante son huérfanos porque sus padres son desaparecidos. Es más común tanto la muerte como la desaparición de los padres cuando se compara con la de las madres. El 8,1 % de estos niños, niñas o adolescentes han perdido a padre y madre.

A continuación se presentan las características de los niños, niñas y adolescentes que han sufrido diferentes tipos de orfandad, según los datos suministrados por el ICBF: desaparición de padres versus orfandad, orfandad o desaparición de ambos padres versus pérdida de un solo progenitor y finalmente pérdida de la madre Versus niños, niñas y adolescentes que conservan a su mamá.

La hipótesis es que cada tipo de orfandad tiene unas características particulares.

### Desaparición de padres versus orfandad

En el grupo de huérfanos por desaparición de los padres la proporción mayor fue de niños. En el caso de los niños, niñas y adolescentes indígenas huérfanos, la causa fue el asesinato de los padres por los grupos armados al margen de la ley. Las desapariciones de padres fueron más frecuentes en la zona pacífica y en la zona oriental que en las otras áreas al compararlas con los asesinatos. Comparando las desapariciones y los asesinatos, las desapariciones se dieron en menor frecuencia en las zonas rurales.

Los niños, niñas y adolescentes hijos de padres desaparecidos permanecen con mayor frecuencia y por mayor tiempo en hogar gestor. Los niños, niñas y adolescentes hijos de padres desaparecidos tienen como acudiente a la madre y en menor proporción a alguien diferente a ella. Los niños, niñas y adolescentes hijos de padres desaparecidos viven con mayor frecuencia en hogar gestor localizado en área rural.

### Orfandad o desaparición de ambos padres versus pérdida de un solo progenitor

Los niños, niñas y adolescentes afrocolombianos son en mayor proporción huérfanos de uno de los padres y no de ambos, al igual que quienes viven en la región oriental. Los niños, niñas y adolescentes que han perdido a sus dos padres están con mayor frecuencia al cuidado de sus abuelos y otros familiares. Los que han perdido a sus dos padres viven con mayor frecuencia en hogar gestor localizado en zona rural.

Al compararlos con los hijos que han perdido solo un padre, los hijos que han perdido a sus dos padres han recibido menor atención médica en el último mes. Los padres que murieron o desaparecieron juntos fueron con menor frecuencia propietarios de tierra pero fueron con mayor frecuencia despojados de sus tierras cuando las tenían.

### Niños que han perdido a sus madres versus aquellos que viven con sus mamás

Teóricamente, la pérdida de la madre es particularmente más perjudicial para los niños. Los padres de los niños, niñas y adolescentes huérfanos de madre, murieron o desaparecieron con mayor frecuencia de zonas rurales. Los padres de los niños, niñas y adolescentes huérfanos eran propietarios de tierras en menor frecuencia. Los niños, niñas y adolescentes huérfanos asisten a programas educativos con mayor frecuencia, mientras que la atención en salud en estos niños, niñas y adolescentes fue menor en el último mes.

### d. Secuestro

Según la base de datos del Ministerio de Defensa de la República de Colombia, en total se presentaron 2351 secuestros a menores de edad en Colombia entre enero de 1999 y abril de 2012. Tanto niños como niñas han sido víctimas de este fenómeno, y la distribución por sexo ha sido muy similar: 50 % niños y 50 % niñas. En cuanto a la edad de los niños, niñas y adolescentes secuestrados en el país, el secuestro se presenta con mayor frecuencia en el grupo de niños, niñas y adolescentes menores de 1 año, seguido por los niños, niñas y adolescentes de 17 años, esto a nivel general.

El grupo armado que más perpetró secuestros durante este tiempo fue las Farc. Los grupos armados secuestraron niños, niñas y adolescentes de ambos sexos, con un ligero predominio del sexo masculino (58 %). En cuanto al sexo de los niños, niñas y adolescentes secuestrados, de acuerdo con el actor del secuestro, en general todos los grupos secuestraron un poco más de niños que niñas a excepción de las bacrim. En general, a medida que aumenta la edad, aumentan los secuestros. Por fecha en la cual se perpetró el secuestro por parte de los grupos armados, se puede ver que el mismo ha disminuido considerablemente en los últimos años.

Todos los grupos armados han disminuido considerablemente el secuestro de niños, niñas y adolescentes en los últimos años. Las AI y AUC secuestraron niños, niñas

y adolescentes hasta el año 2005; disidencias, hasta 2006; bacrim, hasta 2010, y ELN, hasta 2011. Las Farc fue el único grupo armado que secuestró niños, niñas y adolescentes en el año 2012, pero es considerable la disminución del secuestro de esta población, incluso por las Farc (dos casos en 2012), según lo consignado en estas bases de datos suministradas por el Ministerio de Defensa.

En la mayoría de los casos de secuestro por grupos armados al margen de la ley se conoce la estructura que perpetró el secuestro. La mayoría de los secuestros se realizan en el área rural (59 %). Para la mayoría de las víctimas no se reportó documento de identidad. En la mayoría de los casos, se reportó la tarjeta de identidad. Algunos de los niños, niñas y adolescentes ya contaban con cédula de ciudadanía al final de su cautiverio y por lo anterior aparecen identificados con dicho documento.

La mayoría de los niños, niñas y adolescentes víctimas de secuestro en Colombia se encontraban estudiando o eran muy pequeños para reportar ocupación. Solo 13 niños, niñas y adolescentes se encontraban trabajando al momento de su secuestro, y todos ellos lo hacían en oficios varios. Los casos están en imputación o instrucción; indagación o investigación preliminar; juzgamiento o noticia criminal.

En general, el secuestro a niños, niñas y adolescentes en Colombia ha venido disminuyendo en los últimos años. Entre 2000 y 2002, este fenómeno tuvo un pico importante, y entre 2004 y 2006, un descenso que se ha mantenido hasta la fecha. El secuestro se presenta en todos los meses sin mayores variaciones. Durante julio se ve el pico más alto de secuestro, mientras que octubre presenta el número más bajo de secuestros durante el periodo considerado.

Se puede dividir el fenómeno en secuestro simple, secuestro extorsivo y secuestro en indagatoria preliminar. El que sufren con mayor frecuencia los niños, niñas y adolescentes colombianos es el secuestro simple, seguido por el extorsivo. Se observa que el tipo de delito ha cambiado con el transcurso de los años, y esta diferencia es estadísticamente significativa. El secuestro extorsivo ha venido bajando, mientras que el simple ha aumentado.

A finales de los noventa y principios de 2000, muchos secuestros quedaban en indagatoria preliminar, y la mayoría eran extorsivos. En la actualidad ya no hay casos en indagación y predominan los secuestros simples.

La finalidad del secuestro no se ha establecido en la mayoría de los casos (63,3 %); es económica en el 35,5 % de los casos y política en menos del 1 % de ellos. La finalidad del secuestro a niños, niñas y adolescentes colombianos también ha cambiado.

A finales de los años noventa y comienzos del siglo XXI, la finalidad del secuestro era más comúnmente económica, la finalidad política aunque en la actualidad, la mayoría de los casos tienen finalidad sin establecer y la finalidad económica ha disminuido.

Según los datos analizados, el departamento donde se presentó un mayor número de secuestros fue Valle del Cauca (262 casos), seguido por Antioquia (247) y Bogotá (209). Sin embargo, el lugar que presenta una mayor tasa de secuestro de niños, niñas y adolescentes por 100.000 habitantes es Casanare (54,3), seguido por Caquetá (40) y Meta (37,8). En cuanto al lugar, la mayoría de los secuestros (aproximadamente dos tercera partes) se presenta en áreas urbanas.

La modalidad de secuestro solamente se ha reportado en muy pocos casos. Es importante enfatizar que son casos muy escasos. En el secuestro por circunstancias especiales, 3,9 % de los niños, niñas y adolescentes fueron secuestrados en retén ilegal y 13,7 %, por conflicto familiar.

Los datos sobre los autores de los secuestros muestran que la mitad de los casos se atribuyen a delincuencia común (49,5 %). A la guerrilla se le atribuye el 18 % y a las autodefensas, el 4 %. A la familia, sin intervención de grupos armados, se le atribuye el 10 % de los casos.

### Otras características del secuestro

En un 75 % de los casos, la unidad que manejó el secuestro fue el Gaula. El monto solicitado por los secuestradores estuvo entre 0 y 8000 millones de pesos. Los niños, niñas y adolescentes secuestrados en Colombia entre los años 1999 y 2012 fueron colombianos a excepción de un ciudadano canadiense y uno libanés.

En general, se considera que existen algunas diferencias de los secuestros perpetrados por los grupos armados en comparación con los perpetrados por otros autores, 1999-2013 que se mencionan a continuación:

1. Los secuestros perpetrados por grupos armados han disminuido en los últimos años.
2. Los grupos armados secuestran niños, niñas y adolescentes de mayor edad.

3. Los secuestros extorsivos y en indagación son con más frecuencia perpetrados por grupos armados.
4. Los secuestros de grupos armados se llevan a cabo con mayor frecuencia en la región de territorios nacionales.
5. Los secuestros por grupos armados se hacen con mayor frecuencia en áreas rurales.
6. Los rescates son menos comunes cuando el secuestro ha sido perpetrado por grupos armados.
7. Los secuestros por grupos armados están menos relacionados con conflictos familiares.

### e. Violencia sexual

Vale la pena aclarar que este es uno de los hechos victimizantes cuyos registros son limitados y la forma misma del registro no da mayor precisión sobre el hecho. Esto debe ser tenido en cuenta para los sistemas de información. Los datos arrojados muestran que en total fueron atendidos por el ICBF 71 niños, niñas y adolescentes colombianos víctimas de violencia sexual a causa del conflicto armado entre el 5 de marzo de 2013 y el 25 de abril del mismo año. La mayoría de los niños fueron atendidos en las regionales de Valle del Cauca y Antioquia.

En cuanto al municipio de atención, es interesante anotar que el 46,5 % de los casos se atendieron en Dagua; la mayoría se atendió en las comunas, 55 %.

### Responsable del niño, niña o adolescente víctima de violencia sexual

La mayoría de las víctimas fueron niñas y adolescentes (83 %). El parentesco del niño, niña o adolescente víctima de violencia sexual con el responsable que acude con él o ella al ICBF, en su mayoría es el hijo o hija (48 %), y un 18 % nieto o nieta. Lo que muestra es que los datos suministrados para la investigación corresponde a los casos de violencia sexual intrafamiliar y no a datos de violencia sexual en el contexto de conflicto armado.

### f. Minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (Muse), artefactos explosivos improvisados (AEI)

Se entiende por mina antipersonal todo artefacto concebido para que explote por la presencia, la proximidad o el contacto de una persona, y que en caso de explotar tenga la potencialidad de incapacitar, herir o matar a una o más personas como se definió en los referentes conceptuales.

En total se atendieron 88 niños, niñas y adolescentes víctimas de minas antipersonal por el ICBF entre agosto de 2005 y junio de 2013. La mayoría de estas víctimas fueron de sexo masculino (68 %). Alrededor del 90 % de los niños, niñas y adolescentes no pertenecían a ninguna minoría étnica. De los ocho pertenecientes a minorías étnicas, cinco eran indígenas —tres makaguane, uno nasa y el otro no reporta comunidad— y tres eran afrocolombianos.

En cuanto a la edad, 54 continuaban siendo menores de edad cuando se recolectaron los datos. Los 34 restantes ya habían cumplido la mayoría de edad, pero sufrieron el accidente antes de cumplir los 18 años. El promedio de edad fue de 14 años con un mínimo de 0 y un máximo de 14 años.

En cuanto a la educación de los niños, niñas y adolescentes, se encontró que los niveles de educación van desde analfabetos hasta grado 11, lo que muestra una alta dispersión en la distribución del nivel de escolaridad. El 51 % de los niños, niñas y adolescentes asistieron a programas de educación permanentemente mientras se encontraban en el programa ofrecido por el ICBF, mientras que el 37 % no asistieron y el resto lo hizo ocasionalmente. Solo el 25 % avanzó al menos un grado mientras se encontraba en el programa. Tres reportan haber comenzado carreras técnicas. En Antioquia, los niños, niñas y adolescentes van más avanzados en sus estudios al compararlos con los niños, niñas y adolescentes de otras regiones del país.

En general, se pudo concluir que a mayor educación, mayor posibilidad de pertenecer al régimen subsidiado, en comparación con los de no afiliación y vinculados. A mayor edad, mayor educación. Cuando los niños, niñas y adolescentes han sido víctimas de más hechos victimizantes, tienen menor posibilidad de avanzar en su educación. En cuanto al sitio de nacimiento de los niños, niñas y adolescentes víctimas de MAP-Muse registrados mostró que la mayoría de ellos provienen del departamento de Antioquia.

Los municipios de nacimiento donde se presentó más de un incidente con minas antipersonal fueron Tame (11), Granada(6), Vista Hermosa(5), Chaparral (5), Dabeida (4), Puerto Rondón(3), San Francisco (3), Tarazá (3), Villavicencio(3), San Luis(3), Argelia(2), Cocorná (2), Ituango(2), Rioblanco(2), Toribío(2), Valdivia(2) y Zaragoza(2). Cinco de estos niños, niñas y adolescentes tienen hijos en la actualidad, y una de ellas se encontraba lactando al momento de la recolección de los datos.

## Datos sobre el accidente

La fecha del accidente fue reportada entre enero de 2000 y marzo de 2013. La mayoría de los casos son únicos, pero se presentan picos en los cuales varios niños, niñas y adolescentes resultaron heridos en el mismo evento. A finales de 2012 se presenta el pico más alto de eventos

Se reportaron amputaciones de miembros en 19 niños, niñas y adolescentes (22 % de la población), pérdida de algún ojo o visión en 14 niños, niñas y adolescentes (16 % de la población) y en 16 casos alguna persona que acompañaba al niño falleció. Aunque no es muy claro lo reportado por el ICBF en números exactos porque la variable tiene mucha información faltante, la mayoría de estos eventos se presentaron en el área rural.

## Servicios para los niños, niñas y adolescentes víctimas de MAP-Muse-AEI

La mayoría de los niños, niñas y adolescentes, más del 90 %, reciben atención por parte del ICBF en el mismo departamento y zona de origen. El 61 % de las familias recibieron atención familiar, mientras que el 14 % recibió atención individual y el 9 % talleres. Dieciséis niños, niñas y adolescentes reciben en la actualidad ayuda técnica. Para 14 de ellos, esta ayuda consiste en adaptación de prótesis. Veintitrés han requerido ayudas y están a la espera de estas.

Cincuenta y un niños, niñas y adolescentes se consideran con enfermedades, las cuales han sido consecuencia de las minas antipersonal. Un total de 20 niños, niñas y adolescentes se encontraba asistiendo a actividades de rehabilitación al momento de la recolección de los datos.

## Tipo de discapacidad

Aproximadamente, el 30 % de los niños, niñas y adolescentes víctimas tienen en la actualidad algún tipo de discapacidad motora. Los datos muestran que 54 de los 88 niños, niñas y adolescentes quedaron en situación de discapacidad. Los que presentan discapacidad tienen como acudiente a sus madres, con mayor frecuencia, y asisten a programas de rehabilitación.

## 5.1.2 Datos descriptivos de la muestra objeto de aplicación

### Descripción de la muestra

Las pruebas e instrumentos se aplicaron a un total de 1681 niños, niñas y adolescentes entre los 8 y 18 años de edad. De estos, después de realizar un análisis de información faltante, se eliminaron 15 casos debido a que en el control de calidad de la información se encontró que en estos niños, niñas y adolescentes faltaba más del 50 % de información requerida.

Tabla 5. Características de los niños, niñas y adolescentes que participaron en el estudio

		VÍCTIMAS	NO VÍCTIMAS
<b>N Total:</b> 1666		986	680
<b>Edad</b> N=1647 Niños, niñas y adolescentes	8-11 años:	203	224
	12-18 años:	767	453
<b>Sexo</b> n=1657		Niños: 521 Niñas: 457	Niños: 328 Niñas: 351
<b>Escolaridad</b>		Moda: 5to. primaria	Moda: 5to. primaria
<b>Grupo étnico</b>		Mestizos 638 Rom gitano 53 Raizal 6 Afrocolombianos 110 Indígenas 110	Mestizos 549 Rom gitano 48 Raizal 6 Afrocolombianos 27 Indígenas 3
<b>Tipo de familia</b>		el 21 % vive con ambos padres	El 45 % vive con ambos padres

Como se observa en la Tabla 5, el total de la muestra fue de 1666 niños, niñas y adolescentes, con una distribución de 986 víctimas versus 680 no víctimas, distribuidos en grupos de 8 a 11 y de 12 a 18 años.

Niños 521 víctimas y no víctimas 328. Niñas 457 víctimas y 351 no víctimas, con un nivel de escolaridad promedio de quinto de primaria para ambos grupos. El 21 % de las víctimas vive con ambos padres, mientras

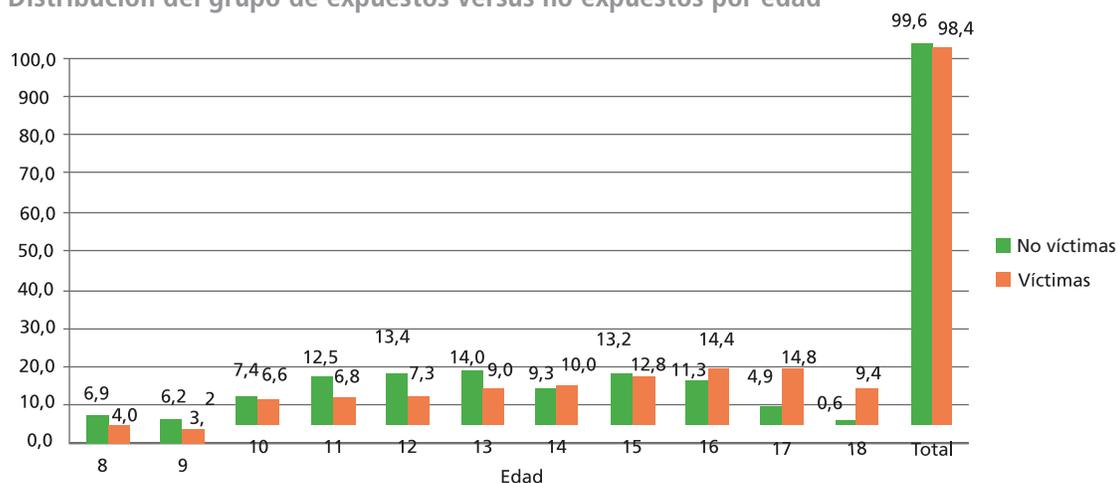
que las no víctimas, el 45 % vive con ambos padres. Esto muestra ya una diferencia en la estructura de la familia entre víctimas y no víctimas e incide en el desarrollo y el ajuste psicosocial de los niños, niñas y adolescentes. De otra parte, en cuanto al grupo étnico se encontró que rom gitano víctimas fueron 53 y no víctimas, 48; raizal, 6 para ambos grupos; afrocolombianos, 110 víctimas y no víctimas, 27, y los indígenas víctimas fueron 110 y los no víctimas indígenas, 3.

**Tabla 6. Distribución de la Edad de víctimas y no víctimas**

EDAD								
	NO VÍCTIMAS				VÍCTIMAS			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
8	47	6,9	6,9	9,9	39	4,0	4,0	4,0
9	42	6,2	6,2	13,1	32	3,2	3,3	7,3
10	50	7,4	7,4	20,5	65	6,6	6,7	14,0
11	85	12,5	12,6	33,1	67	6,8	6,9	20,9
12	91	13,4	13,4	46,5	72	7,3	7,4	28,4
13	95	14,0	14,0	60,6	89	9,0	9,2	37,5
14	63	9,3	9,3	69,9	99	10,0	10,2	47,7
15	90	13,2	13,3	83,2	126	12,8	13,0	60,7
16	77	11,3	11,4	94,5	142	14,4	14,6	75,4
17	33	4,9	4,9	99,4	146	14,8	15,1	90,4
18	4	0,6	0,6	100	93	9,4	9,6	100
<b>Total</b>	677	99,6	100		970	98,4	100	
<b>Perdidos</b>	3	0,4			16	1,6		
	680	100			986	100		

Las víctimas tal como aparece en la Tabla 6, fueron mayores a pesar de utilizar el mismo criterio de inclusión para los dos grupos  $p < 0.001$

**Gráfica 6. Distribución del grupo de expuestos versus no expuestos por edad**

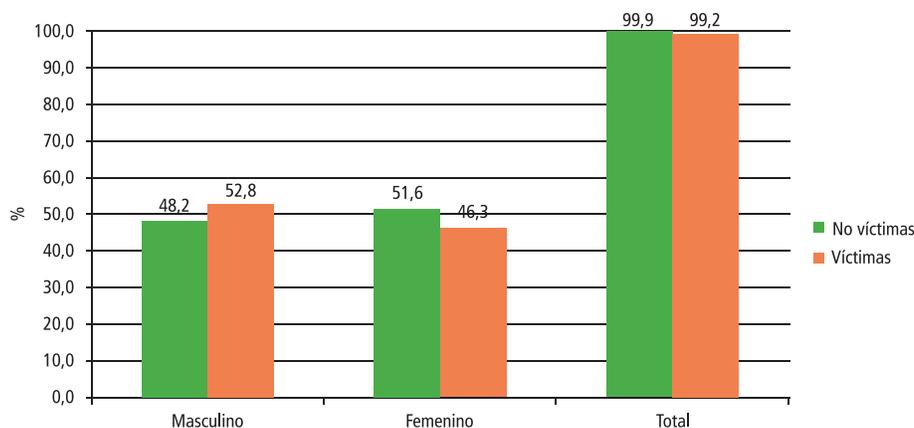


En la Gráfica 6 se observa la distribución de la muestra en relación con la edad del grupo de víctimas y no víctimas. Se muestra una concentración un poco mayor en los grupos etáreos de 12 y 13 para las no víctimas, y de 16 y 17 para las víctimas. La distribución edad es homogénea, lo cual facilita y garantiza las comparaciones entre los dos grupos.

Tabla 7. Distribución por sexo víctimas y no víctimas

SEXO								
NO VÍCTIMAS					VÍCTIMAS			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	328	48,2	48,3	48,3	521	52,8	53,3	53,3
Femenino	351	51,6	51,7	100	457	46,3	46,7	100
Total	679	99,9	100		978	99,2	100	
Perdidos	1	-1			8	0,8		
	680	100			986	100		

Gráfica 7. Distribución del grupo de expuestos versus no expuestos por sexo

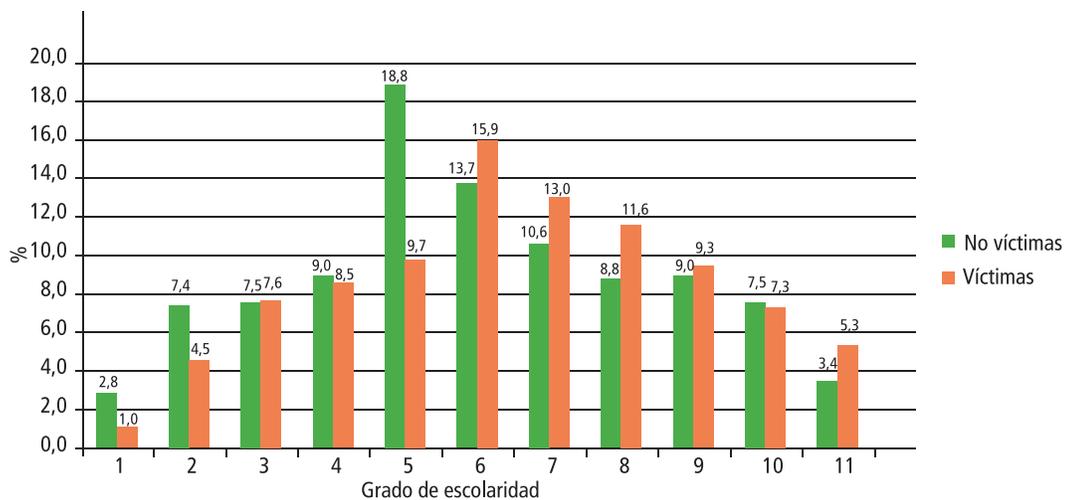


En relación con el sexo la Gráfica 7 muestra que la distribución de la muestra es equivalente para las dos condiciones, hombres y mujeres. En las no víctimas, la distribución correspondió a un 48,2 % masculino, y un 51,6 % femenino. En el caso de las víctimas, la distribución se dio en 52,8 % masculino y 46,3 % femenino. Las víctimas tuvieron un ligero predominio masculino  $p=0,051$ .

Tabla 8. Escolaridad víctimas y no víctimas

ESCOLARIDAD								
	NO VÍCTIMAS				VÍCTIMAS			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	0,0	0,0	0,0	0,0	10	1,0	1,0	1,0
1	19	2,8	2,8	2,8	44	4,5	4,6	5,6
2	50	7,4	7,5	10,3	75	7,6	7,8	13,4
3	51	7,5	7,6	17,9	84	8,5	8,7	22,1
4	61	9,0	9,1	27,1	96	9,7	10	32,1
5	128	18,8	19,1	46,2	157	15,9	16,3	48,4
6	93	13,7	13,9	60,1	128	13,0	13,3	61,7
7	72	10,6	10,8	70,9	114	11,6	11,8	73,5
8	60	8,8	9,0	79,8	92	9,3	9,6	83,1
9	61	9,0	9,1	88,9	72	7,3	7,5	90,6
10	51	7,5	7,6	96,6	52	5,3	5,4	96,0
11	23	3,4	3,4	100	39	4,0	4,0	100
<b>Total</b>	669	98,4	100		963	97,7	100	
<b>Perdidos</b>	11	1,6			23	2,3		
	680	100			986	100		

Gráfica 8. Distribución del grupo de víctimas versus no víctimas por escolaridad



En la Gráfica 8 se representa la distribución de la muestra por el grado de escolaridad para el grupo de víctimas y no víctimas. En este sentido, se observa que la mayor concentración en el grupo de no víctimas corresponde al quinto grado seguido del sexto grado. En el caso de las víctimas, el mayor nivel de escolaridad se encuentra en el sexto grado, con un 15,9 %, seguido del grado séptimo. En menor proporción para los dos grupos están los grandes extremos, tanto el 11 como el 1. Esto significa que las mayores interrupciones de la escolaridad regular se presentan entre el nivel 5 y 6. Las víctimas tenían una escolaridad ligeramente menor  $p=0,042$ .

Tabla 9. Asistencia escolar víctimas y no víctimas

ASISTENCIA ESCOLAR								
NO VÍCTIMAS					VÍCTIMAS			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	659	96,9	98,1	98,1	899	91,2	92,6	92,6
No	13	1,9	1,9	100	72	7,3	7,4	100
Total	672	98,8	100		971	98,5	100	
Perdidos	8	1,2			15	1,5		
	680	100			986	100		

Como se observa en la Tabla 9, los niños, niñas y adolescentes víctimas directas del conflicto armado muestran menor frecuencia de asistencia escolar.

Tabla 10. Distribución de las víctimas y no víctimas por grupo étnico

ETNIA								
NO VÍCTIMAS					VÍCTIMAS			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Mestizo</b>	549	80,7	86,7	86,7	638	64,7	69,6	69,6
<b>Rom gitano</b>	48	7,1	7,6	94,3	53	5,4	5,8	75,4
<b>Raizal</b>	6	0,9	0,9	95,3	6	0,6	0,7	76
<b>Afrocolombiano</b>	27	4,0	4,3	99,5	110	11,2	12	88
<b>Indígena</b>	3	0,4	0,5	100	110	11,2	12	100
<b>Total</b>	633	93,1	100		917	93	100	
<b>Perdidos</b>	47	6,9			69	7		
	680	100			986	100		

$p < 0.001$ . la diferencia entre víctimas y no víctimas en los grupos étnicos es estadísticamente significativa. Esto significa que hay una mayor proporción de víctimas de grupos étnicos comparados con otros grupos.

La procedencia de los niños, niñas y adolescentes se evidencia en las Gráficas 9 y 10.

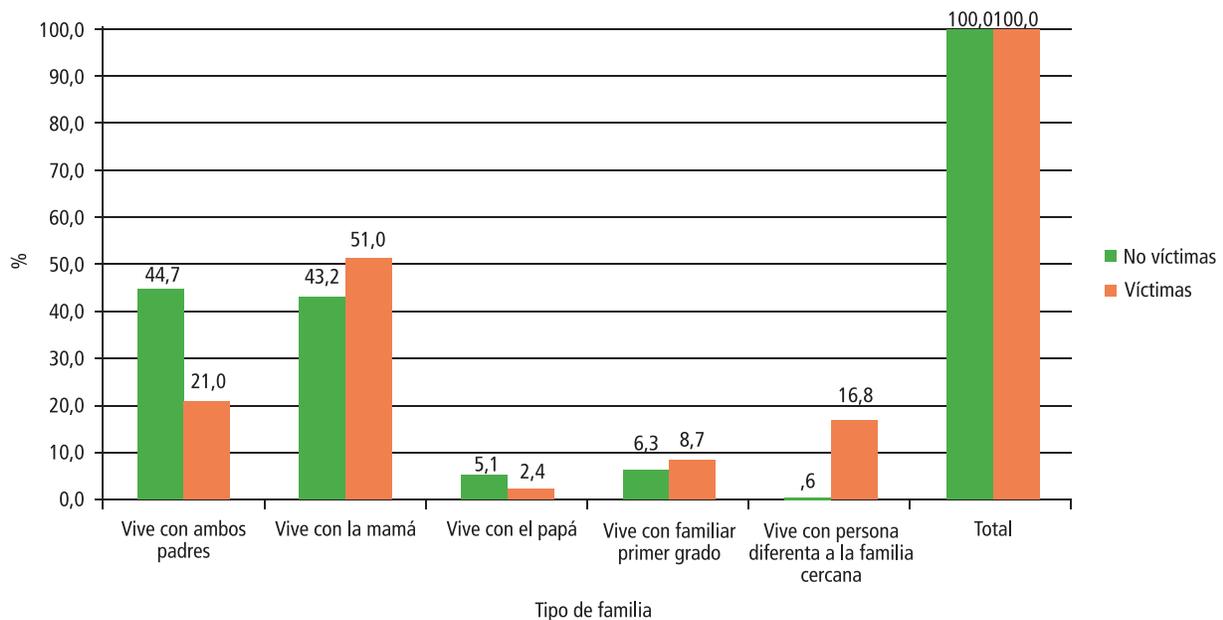


Los niños, niñas y adolescentes del grupo de no expuestos directamente al conflicto armado eran originarios de los departamentos en los cuales se llevó a cabo la investigación, muy pocos procedían de otros lugares.

Tabla 11. Tipo de familia para víctimas y no víctimas

TIPO DE FAMILIA								
	NO VÍCTIMAS				VÍCTIMAS			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Familia: vive con ambos	304	44,7	44,7	44,7	207	21,0	21,0	21,0
Familia: vive con la mamá	294	43,2	43,2	87,9	503	51,0	51,0	72,0
Familia: vive con el papá	35	5,1	5,1	93,1	24	2,4	2,4	74,4
Familia: vive con familiar primer grado	43	6,3	6,3	99,4	86	8,7	8,7	83,2
Familia: vive con otro	4	0,6	0,6	100	166	16,8	16,8	100
<b>Total</b>	<b>680</b>	<b>100</b>	<b>100</b>		<b>986</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Gráfica 11. Distribución del grupo de expuestos versus no expuestos por tipo de familia



En relación con la variable tipo de familia, se observa en la Gráfica 11 que para las víctimas, el grupo de mayor porcentaje corresponde a los que viven con la mamá (51.0 %), mientras que en los no víctimas, el mayor porcentaje, 44,7 %, corresponde a los que viven con ambos padres. En el grupo de no víctimas hay un porcentaje que viven solo con la mamá de 43,2 %. Es importante anotar que la diferencia es sensible y que se evidencia que los niños víctimas se encuentran más en familias fragmentadas monoparentales que las no víctimas, lo que incide en su estado psicosocial. Mientras el 45 % de los niños, niñas o adolescentes que no han sido víctimas directas del conflicto armado viven con ambos padres, solo el 21 % de quienes han sido víctimas lo hacen.

El tipo de exposición principal que sufrieron los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado se puede ver en la Tabla 12.

**Tabla 12. Tipo de exposición- hecho victimizante por frecuencia y porcentaje**

TIPO DE EXPOSICIÓN - HECHO VICTIMIZANTE				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Desplazado</b>	336	34,1	34,1	34,1
<b>Desvinculado</b>	238	24,1	24,1	58,2
<b>Huérfano por conflicto armado</b>	380	38,5	38,5	96,8
<b>Víctima de mina antipersonal</b>	20	2,0	2,0	98,8
<b>Víctima de abuso sexual</b>	9	0,9	0,9	99,7
<b>Víctima de secuestro</b>	3	0,3	0,3	100
<b>Total</b>	986	100	100	

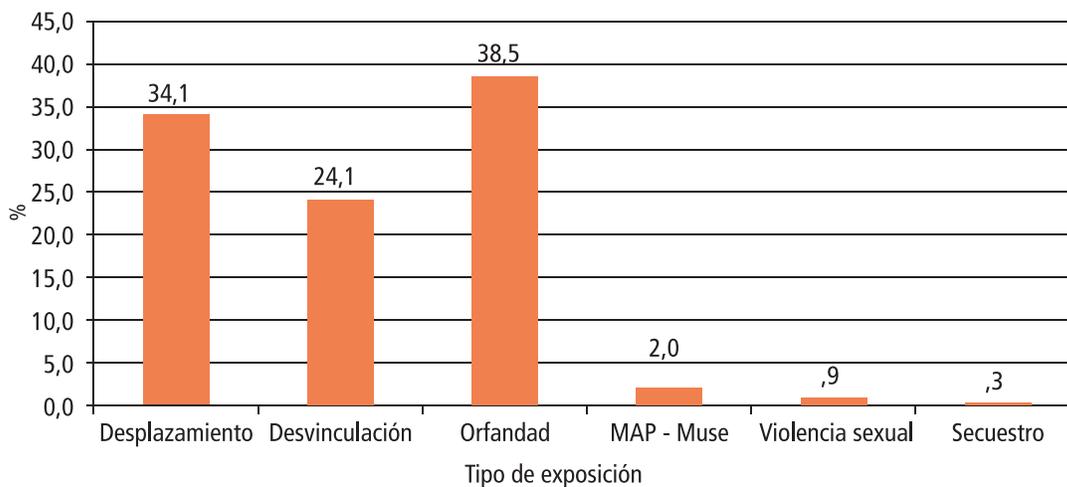
En la Tabla 12 se observa que el desplazamiento, el reclutamiento en los grupos armados y la orfandad fueron los principales hechos victimizantes a los que fueron expuestos los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado que participaron en el estudio.

**Tabla 13. Modalidad de atención más frecuente en la que se encuentran los niños, niñas y adolescentes**

MODALIDAD DE ATENCIÓN		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Hogar transitorio</b>	6	0,6
<b>Centro de atención</b>	67	6,8
<b>Unidad móvil</b>	210	21,3
<b>Hogar tutor</b>	119	12,1
<b>Hogar gestor</b>	118	12,0
<b>Otro</b>	73	7,4
<b>Total</b>	593	60,1
<b>Perdidos</b>	393	39,9
	986	100

En la Tabla 13 se observa que la modalidad de atención más frecuente en la que se encuentran los niños, niñas y adolescentes es la unidad móvil seguida por hogar tutor y hogar gestor. Teniendo en cuenta la cantidad de niños, niñas y adolescentes incluidos en el estudio por hecho victimizante, se realizaron comparaciones entre niños, niñas y adolescentes que han sido desplazados por la violencia, aquellos huérfanos a causa del conflicto armado y los que han sido desvinculados de los grupos armados. Aparte se presentan las características de los niños, niñas y adolescentes víctimas de minas antipersonal, secuestro y violencia sexual.

**Gráfica 12. Distribución del grupo de víctimas versus no víctimas por tipo de exposición**



Como se aprecia en la Gráfica 12, la muestra se distribuyó por hecho victimizante de la siguiente manera: desplazados (34,1 %), desvinculados (24,1 %), orfandad (38,5 %), víctimas de MAP-Muse (2,0 %), violencia sexual (9 %). A pesar de que esta última es pequeña, las comparaciones proporcionales permitieron inferencias importantes; de igual forma sucedió con MAP-Muse. Con el resto de hechos victimizantes las comparaciones son más robustas.

### 5.1.3 Consecuencias, impactos en el estado psicosocial

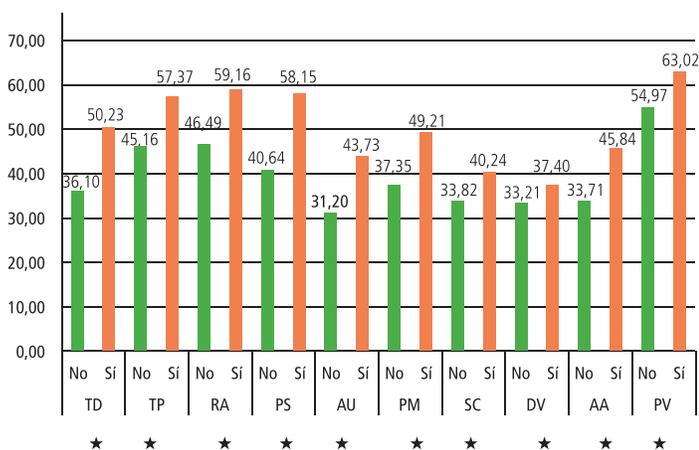
A continuación se presentan los resultados de los diferentes indicadores psicosociales identificados a través de las pruebas aplicadas para cada uno de los hechos victimizantes. Se muestran los niveles de significancia para cada uno de ellos, dentro del mismo grupo afectado. Cabe anotar que para cada una de las medidas psicosociales se incluyeron los análisis desagregados para cada indicador (variable).

#### 5.1.3.1 Hecho victimizante por indicador psicosocial

##### a. Desvinculados

En el caso del grupo de niños, niñas y adolescentes desvinculados, se tomaron las medidas en las diferentes modalidades de atención por grupos etáreos cuidando especialmente la disponibilidad y el momento de la aplicación. Es importante resaltar que un grupo importante de niños, niñas y adolescentes no aceptaron participar en este estudio porque habían sido incluidos en otro muy próximo al que se realizó.

**Gráfica 13. Indicadores psicosociales asociados al afecto en el grupo de desvinculados**



En la Gráfica 13 se evidencia que los indicadores referentes al estado emocional asociados al afecto en las medidas tomadas muestran que hay significancia estadística. Esto quiere decir que estos niños, niñas y adolescentes tienen un estado emocional asociado al afecto en un nivel de riesgo alto para desarrollar un cuadro clínico como la depresión, si no es atendido desde una perspectiva psicosocial.

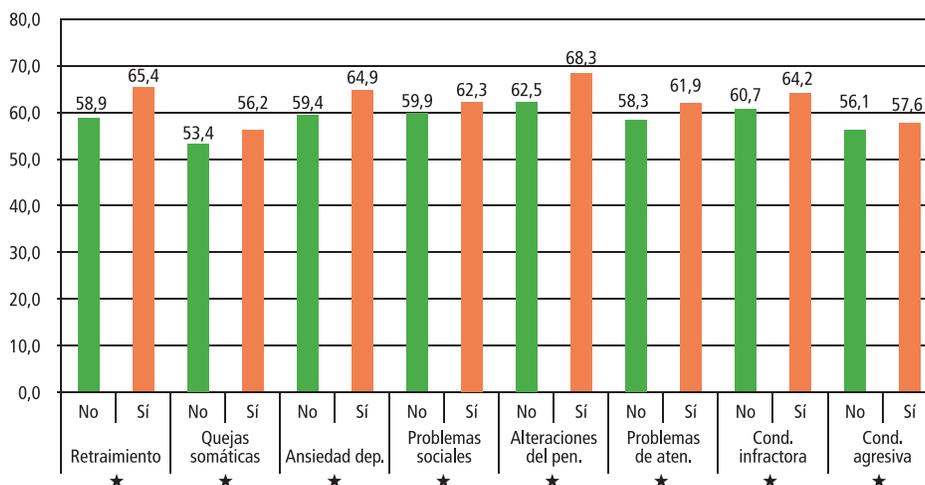
Aunque en todos los indicadores que mide esta prueba los niños, niñas y adolescentes muestran riesgo para depresión, es importante resaltar los puntajes altos en la escala (PV) (63,2 %), lo cual significa que estos niños, niñas y adolescentes tienen una limitada capacidad de sentir alegría por la vida y de experimentar felicidad.

En cuanto a la respuesta afectiva, también hay un impacto de consideración (59,16 %). Esta evalúa el estado de humor, los sentimientos del niño, niña y adolescente y la presencia del afecto negativo, que representa el malestar subjetivo emocional, y el predominio de sentimientos negativos como el disgusto, la ira, la culpa, el miedo y la insatisfacción (Watson y Tellegen, 1985). Esto significa que estos niños muestran un malestar subjetivo caracterizado por el afecto negativo.

De igual manera se evidencia su dificultad para relacionarse con otros (58,15 %).

En el indicador de total positivo cabe recordar que esta escala mide la presencia de síntomas depresivos en los niños, niñas y adolescentes. El porcentaje (57,37 %) indica la necesidad de fortalecer los programas de atención psicosocial en esta línea. En el indicador asociado a la tristeza y los sentimientos negativos sobre sí mismo y la presencia de desesperanza aprendida, el 50,3 %, presenta este indicador, el cual es significativo y muestra al grupo en riesgo de desarrollar síntomas asociados a la depresión en estadios posteriores a la etapa de vida en la cual se encuentran. En menor proporción pero de igual manera para tener en consideración están los pensamientos de muerte (49,21 %), el ánimo positivo (45,84 %), y los sentimientos de culpa (40,24 %).

**Gráfica 14. Indicadores psicosociales asociados a los procesos emocionales internos y externos en el grupo de desvinculados**



Cabe precisar, que este indicador mide las vías de manifestación de los problemas emocionales que estos niños pueden presentar. Existen dos posibilidades que diferencian este tipo de medición: que el niño internalice los problemas emocionales y muestre tendencias internas como ansiedad, miedo o estrés postraumático etcétera, o que el niño exteriorice los problemas emocionales y muestre mayores índices de conducta agresiva, comportamientos contra las normas o contra la autoridad.

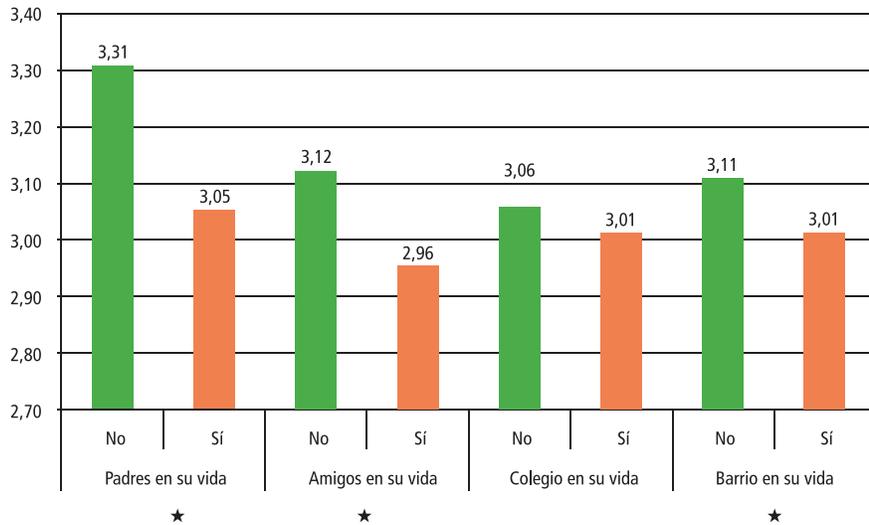
En este caso, la Gráfica 14 muestra los dos patrones de manifestaciones emocionales, en los cuales el indicador mayor de orden internalizante son las alteraciones del pensamiento (68,3 %), más entendidas como distorsiones, lo cual se manifiesta en la forma como el menor interpreta el medio que lo rodea incluyendo las actuaciones de las personas que hacen parte de su contexto.

Es importante analizar otras manifestaciones de carácter internalizante, como el retraimiento (65,4 %) y los indicadores de ansiedad y depresión (64,9 %). Por otro lado, el indicador de la conducta que trasgrede normas es sensible en estos puntajes, lo que muestra que se da también un patrón externalizante en esta población (64,2 %). Siguen los problemas sociales (62,3 %) y los problemas de atención que están relacionados con las manifestaciones de ansiedad y miedo (61,9 %), los cuales están en un nivel de alta probabilidad de presentarse un cuadro como la ansiedad generalizada.

Se presenta nuevamente un patrón externalizante manifestado en la conducta agresiva (57,6 %) y finalmente las quejas somáticas (56,2 %). Estas fluctuaciones entre los dos patrones de procesamiento emocional muestran las dificultades de estos niños, niñas y adolescentes en la regulación emocional.

El nivel de riesgo de este indicador amerita una atención focalizada en esta necesidad de los niños, niñas y adolescentes por desarrollar y generar estrategias que les permitan mayor control y regulación de sus procesos internos para que logren una bienestar psicosocial y puedan tener salud mental.

**Gráfica 15. Indicadores psicosociales: capacidad de vínculo de niños, niñas y adolescentes desvinculados**



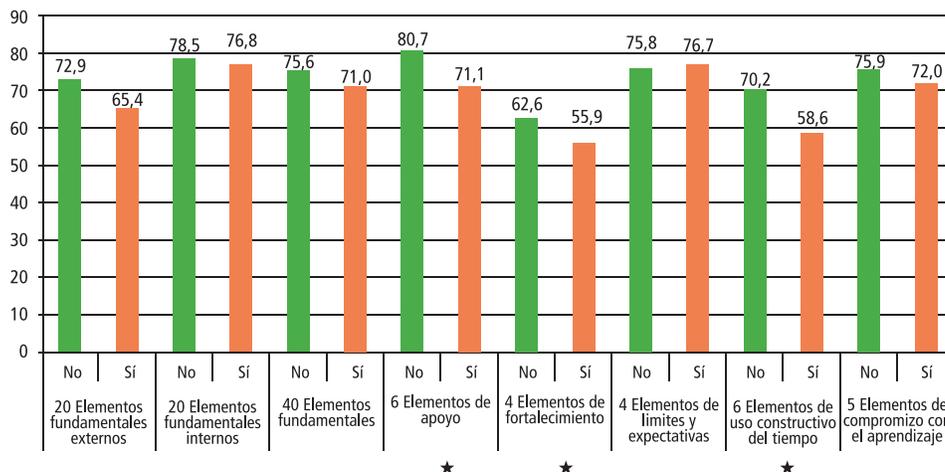
Este indicador psicosocial fue medido a través de la prueba de Personas en mi Vida, ampliamente utilizada en diferentes investigaciones (Camargo, Mejía, Herrera y Carrillo 2007; Ramírez, 2008).

Como se muestra en la Gráfica 15, estas mediciones dan cuenta de la capacidad de vínculo que tienen estos niños, niñas y adolescentes con diferentes personas de su contexto inmediato. La capacidad de vínculo se desarrolla en la primera infancia y es un predictor importante de la capacidad relacional de un niño, niña y adolescente en los diferentes estadios de su vida (Bowlby, 1993) (Ainsworth, 1989) y un factor importante

para el establecimiento de relaciones afectivas positivas en la edad adulta.

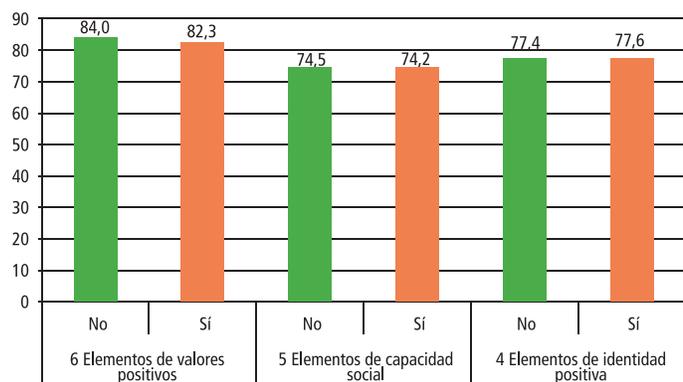
En el caso de los niños, niñas y adolescentes desvinculados, son significativas y evidentes sus dificultades de vinculación (3,05 %) con sus padres o tutores, y muestran debilidades en su capacidad de vínculo y compromiso con sus amigos más cercanos (2,96 %) y con personas de su contexto comunitario o institucional (3,01 %). Su capacidad de establecer y mantener tales vínculos se encuentra afectada, por lo cual debe ser fortalecida con acciones centradas en esta necesidad psicosocial.

**Gráfica 16. Indicadores psicosociales de desarrollo integral (con diferencias significativas) en el grupo de desvinculados**



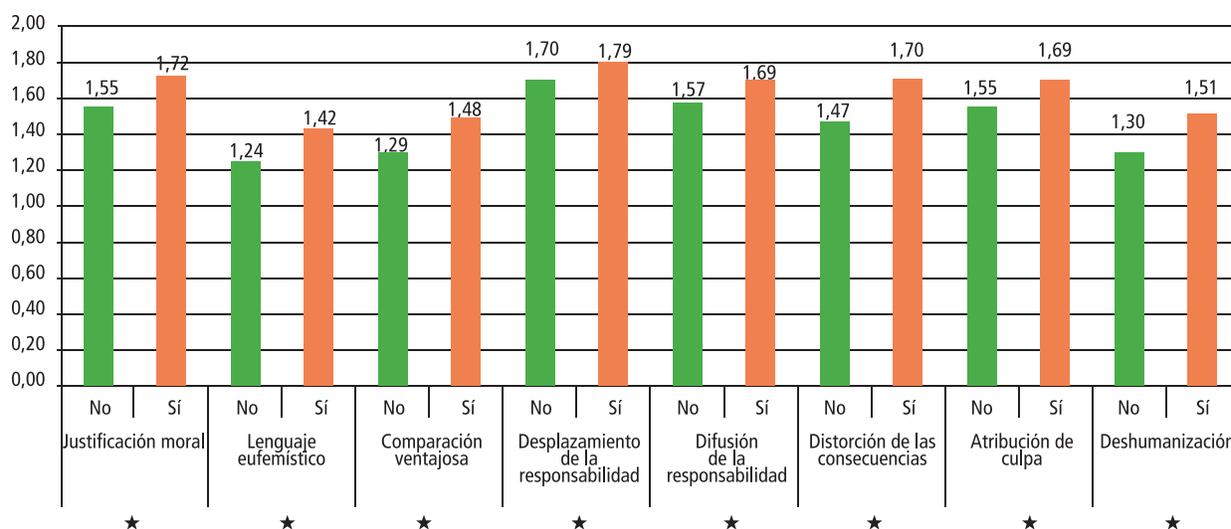
En esta escala, los indicadores de medición hacen referencia a factores personales y externos que potencian el desarrollo integral del niño, niña o adolescente y le permiten actuar de manera adecuada en diferentes contextos. Estos elementos del desarrollo son de carácter externo e interno. La Gráfica 16 muestra que, en general, los niños, niñas y adolescentes desvinculados muestran un nivel de desarrollo y funcionamiento psicológico acorde con su edad. Perciben que tienen menor apoyo externo y una debilidad en el uso constructivo del tiempo, el cual se constituye en un factor de riesgo para muchas conductas problemáticas como pueden ser los patrones adictivos representados en el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.

**Gráfica 17. Indicadores psicosociales de desarrollo integral (sin diferencias significativas) en el grupo de desvinculados**



En la Gráfica 17 se muestran aquellos indicadores de desarrollo integral que se encuentran en un nivel óptimo y que constituyen más un factor de protección para los niños, niñas y adolescentes desvinculados del conflicto armado. Ellos muestran niveles de valoración por algunos patrones y normas sociales y una construcción de identidad positiva.

**Gráfica 18. Indicadores psicosociales asociados a procesos de juicio moral en el grupo de desvinculados**

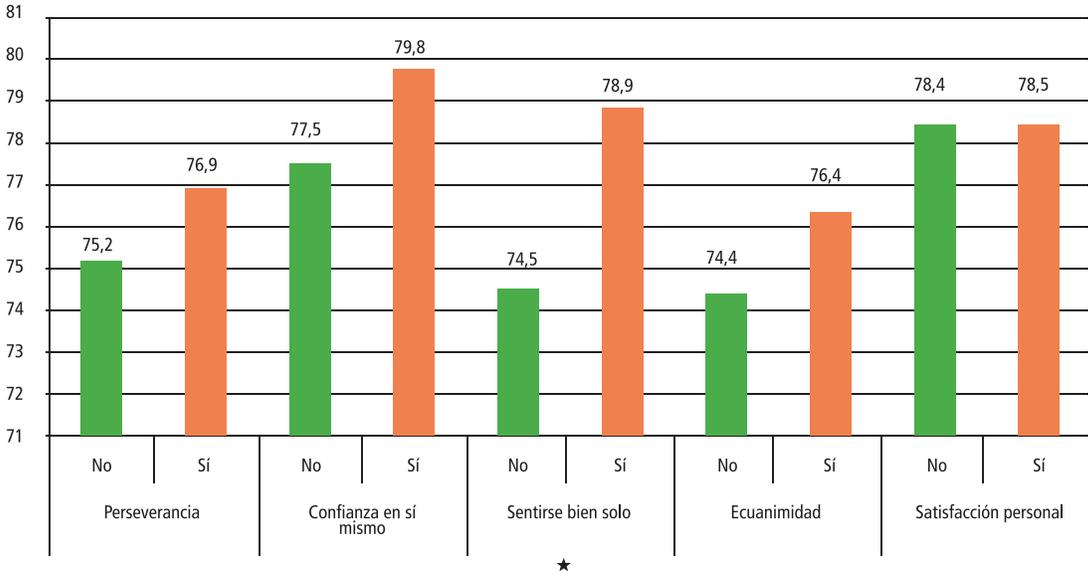


En relación con los indicadores asociados a procesos de juicio moral, vale la pena mencionar que se analizaron a partir de la prueba de Moral Disengagement, de Albert Bandura (1996). Este término traduce "desentendimiento moral", el cual es confuso en su traducción al español. Por tal razón, se decidió equipararlo con procesos de juicio moral refiriéndose a cada una de las subescalas que miden indicadores desagregados para esta variable. En este caso, este es uno de los indicadores que muestran mayor impacto en los niños, niñas y adolescentes desvinculados del conflicto armado.

La Gráfica 18 muestra que con una significancia estadística en todas las subescalas, esto quiere decir que en este grupo se encontró con mucha frecuencia que se utilizan mecanismos como la justificación moral de los actos (1,72 %); el lenguaje eufemístico (1,42 %) (utilizar expresiones ajustadas a la audiencia para complacer a la misma); comparación ventajosa en la cual se analiza el propio comportamiento en relación con el de otros siempre mostrando que el suyo es mejor que el de otros (1,48 %); el desplazamiento de la responsabilidad que significa que

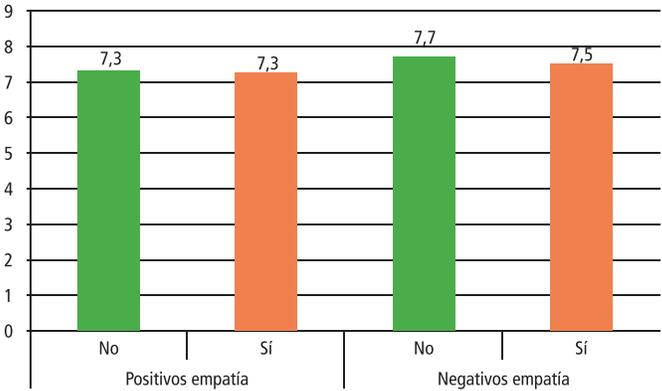
atribuyen las causas de sus acciones a personas específicas (1,79 %), mientras que la difusión de la responsabilidad es una estrategia para atribuir la responsabilidad de sus acciones a diversas fuentes o factores (1,69). En el caso de la distorsión de las consecuencias (1,70 %), esto se refiere a que se minimizan las consecuencias de los actos más cuando estos son de carácter reprochable en el contexto social. La atribución de la culpa (1,69 %) muestra que no aceptan la responsabilidad de sus actos y como en otras categorías utilizan mecanismos para buscar otros responsables de sus acciones. Finalmente, la deshumanización se refiere a la tendencia de objetivar lo subjetivo, lo cual implica una falta de relación con los sujetos de manera sana (1,51 %).

**Gráfica 19. Indicador psicosocial: resiliencia en el grupo de desvinculados**



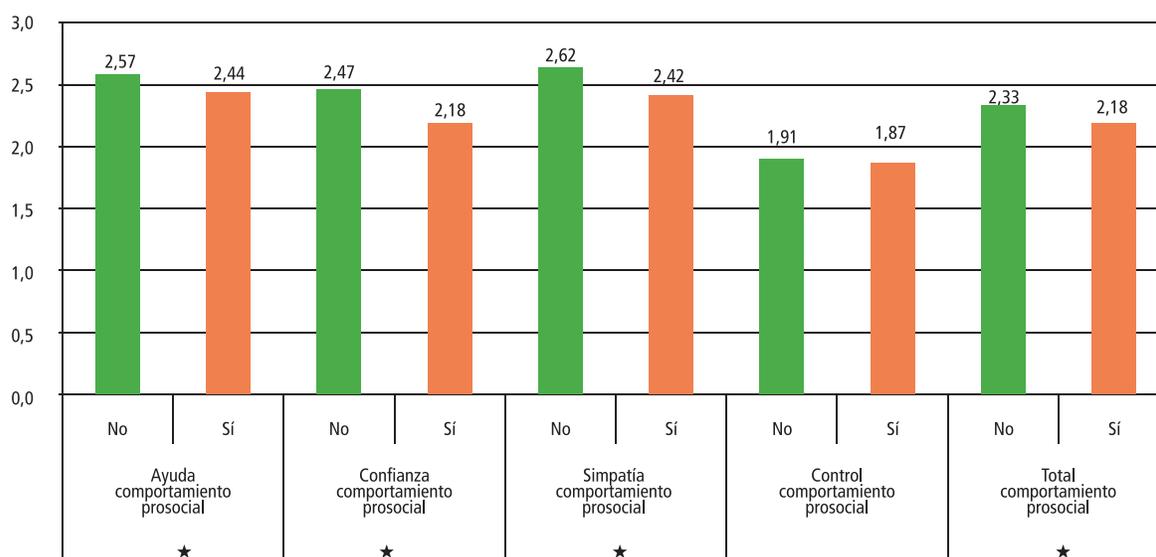
En la Gráfica 19 se muestran los resultados en relación con la variable resiliencia. Los puntajes y los análisis estadísticos muestran que el grupo de niños, niñas y adolescentes desvinculados tienen unos niveles de resiliencia importantes. La resiliencia se evalúa a través de varias subcategorías, como la perseverancia, en la cual el 76,9 % presenta este subindicador; la confianza en sí mismos (79,8 %); ecuanimidad (76,4 %); satisfacción personal (78,5 %). El único subindicador en que no se encuentra significancia es el que se relaciona con el manejo de la soledad, por su relevancia en poblaciones que no han sido expuestas a este tipo de hechos victimizantes.

**Gráfica 20. Indicador psicosocial: empatía**



La Gráfica 20 muestra que en este indicador no hay diferencias significativas, lo cual significa que con esta escala y esta medición la variable empatía al parecer no está afectada en ninguno de los niveles de la medición. O vale la pena revisar el instrumento utilizado.

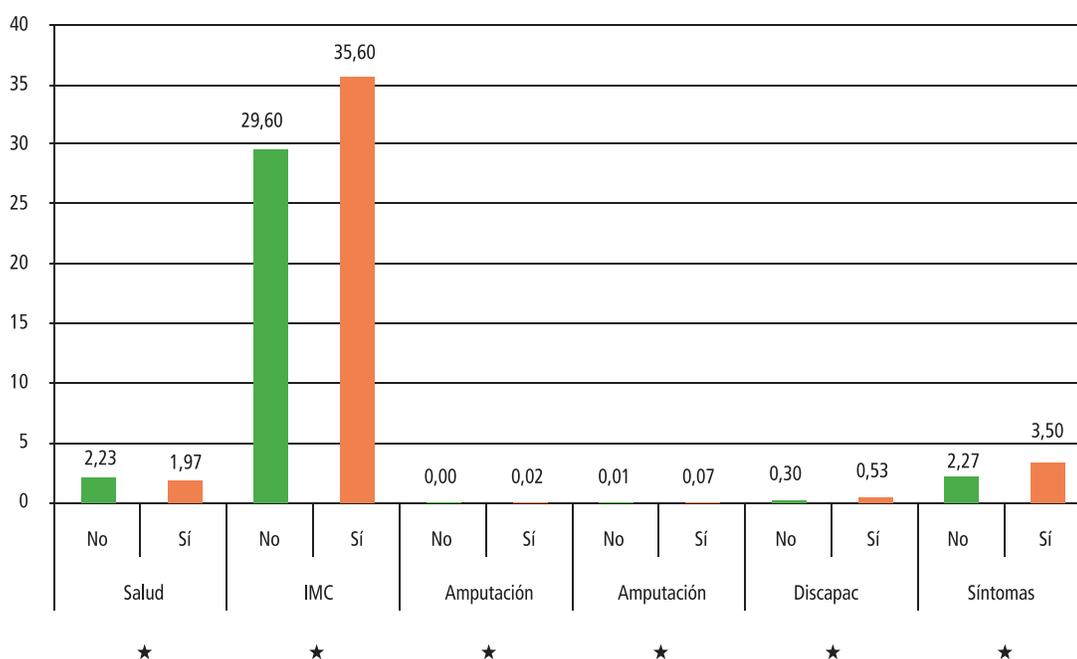
Gráfica 21. Indicadores psicosociales: comportamiento prosocial en el grupo de desvinculados



En cuanto al comportamiento social y las habilidades relacionales, los datos de la Gráfica 21 muestran, no solo en esta escala en que se midieron sino en otros instrumentos, que esta variable se afecta de manera importante por exposición a los hechos victimizantes, particularmente en el caso de los niños, niñas y adolescentes desvinculados. Más específicamente, presentan baja capacidad para ayudar y pedir ayuda a otros, para desarrollar confianza en otros y para mostrarse simpáticos ante los demás.

A pesar de tener un comportamiento social que les permite relacionarse con otros de alguna manera, este debe ser fortalecido para lograr mejores interacciones y, por lo tanto, ambientes de mayor convivencia pacífica y productiva.

Gráfica 22. Percepción de salud e indicadores de salud física en el grupo de desvinculados



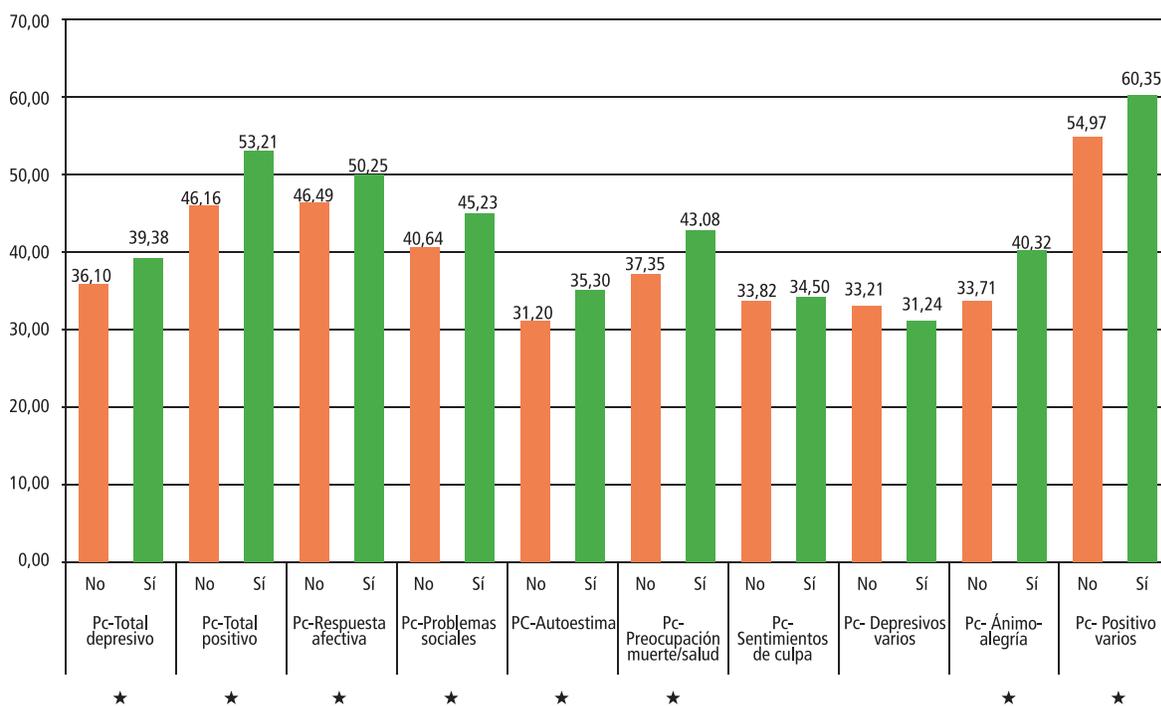
Los análisis realizados en el tema de salud están relacionados con las mediciones de peso y talla, percepción sobre su estado de salud en general y manifestación de síntomas. En estos resultados, el 35,60 % muestra un índice de masa corporal (IMC) superior para su edad, mientras que el 29,60 % se encuentra dentro de los parámetros esperados. Esto puede ser debido al tipo de dieta que reciben en los diferentes programas en los cuales se encuentran recibiendo los servicios. De otra parte hay una presencia de discapacidad

en este grupo y una proporción de 3,50 % que muestra mayores probabilidades de síntomas físicos relacionados con diversas enfermedades.

### b. Desplazados

Para el estudio del grupo de niños, niñas y adolescentes desplazados se utilizaron las mismas medidas que para todos los grupos. A continuación se presentan para cada uno de los indicadores los resultados para este hecho victimizante.

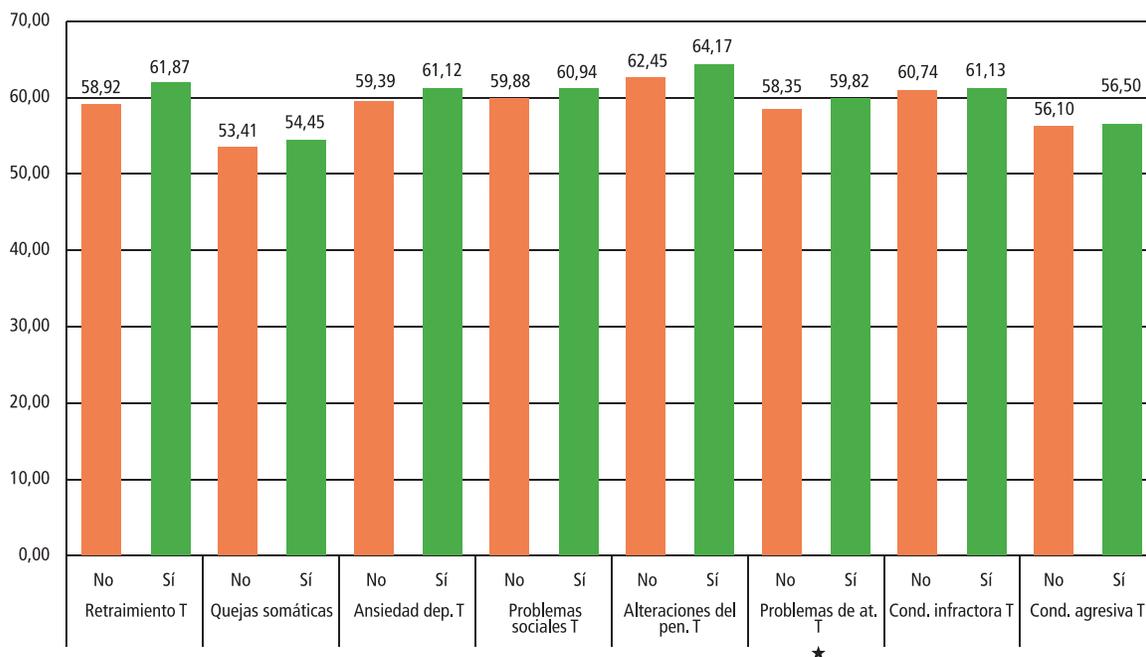
**Gráfica 23. Indicadores psicosociales asociados al afecto en el grupo de desplazados**



En la Gráfica 23, se muestra que no en todos los indicadores hay significancia estadística en el grupo de desplazados. Esto quiere decir que estos niños, niñas y adolescentes tienen un estado emocional asociado al afecto en un nivel de riesgo mayor para algunas subescalas, lo cual los diferencia de los niños desvinculados analizados anteriormente. Aunque todos los indicadores se deben tener en cuenta, los de mayor manifestación son el total (TP) (53,25 %), lo cual significa que estos niños, niñas y adolescentes tienen una limitada capacidad de sentir alegría por la vida y de experimentar felicidad, incluso su capacidad para sonreír está limitada al igual que sus emociones.

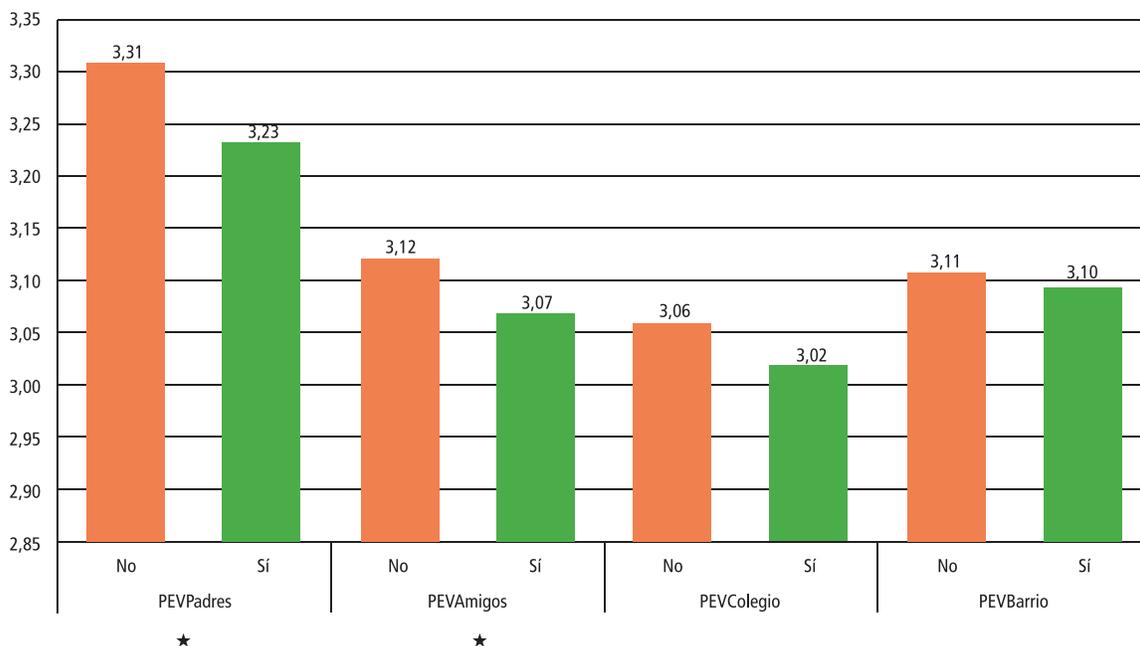
En el caso del indicador TD, que se refiere a manifestaciones como la tristeza, la indefensión y el decaimiento emocional, hay un resultado de casi 40 % de la población de niños, niñas y adolescentes desplazados estudiados. En cuanto a la respuesta afectiva, el 50,25 % de los estudiados muestra alteración moderada. Esto significa que muestran un malestar subjetivo caracterizado por el afecto negativo. De igual manera existe un indicador de problemas sociales (45,23 %), preocupación por la muerte y la enfermedad y algunas dificultades relacionadas con la autoestima. Muestran percepciones de sí mismos centrados en la impotencia y en la incapacidad de transformar su entorno. Estos niños, niñas y adolescentes muestran menores indicadores depresivos que los desvinculados.

**Gráfica 24. Indicadores psicosociales asociados a los procesos internalizantes y externalizantes en el grupo de desplazados**



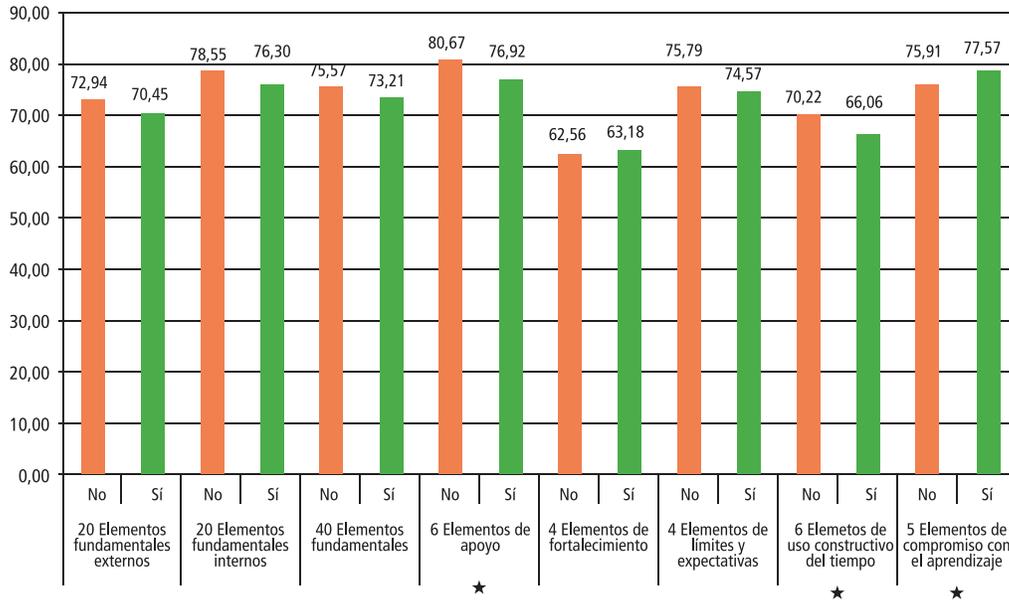
En el caso de los niños, niñas y adolescentes desplazados, tal como se ve en la Gráfica 24, las dificultades son más con el procesamiento emocional interno, particularmente en lo que se refiere a las distorsiones del pensamiento, es decir, a la forma como perciben la vida y el entorno (64,17 %). El retraimiento (61,87 %), las manifestaciones de ansiedad (61,12 %), los problemas sociales (60,94 %) y las quejas somáticas (54,45 %) en este grupo fueron más evidentes.

**Gráfica 25. Indicador psicosocial: capacidad de vínculo en el grupo de desplazados**



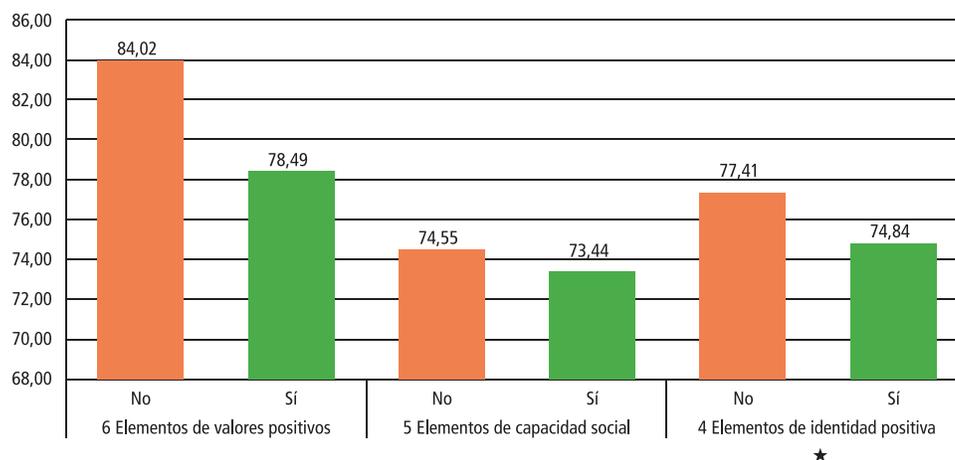
En la Gráfica 25 se observa que la debilidad del vínculo de los niños, niñas y adolescentes está más con los padres o cuidadores (muchos de ellos han sido separados de los mismos y las familias se han fragmentado por ocasión del desplazamiento) y con los amigos; para los otros contextos no es significativo.

**Gráfica 26. Indicadores psicosociales de desarrollo integral en el grupo de desplazados**



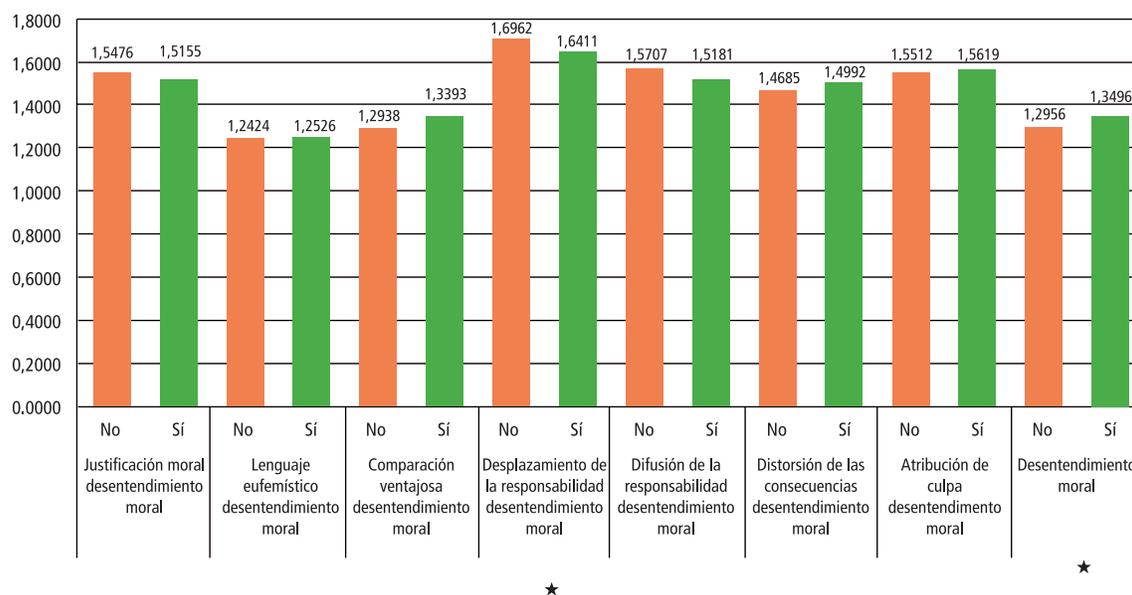
En el grupo de desplazados se tienen niveles de desarrollo adecuados en la mayoría de las áreas evaluadas, excepto que perciben menos apoyo y solidaridad del grupo próximo (80,67 %). Al igual que los desvinculados, muestran dificultades en la construcción y manejo del tiempo libre (75,79 %) y su compromiso con el aprendizaje está por debajo de lo esperado (77,57 %). (Ver Gráfica 26)

**Gráfica 27. Indicadores psicosociales de desarrollo integral para el grupo de desplazados**



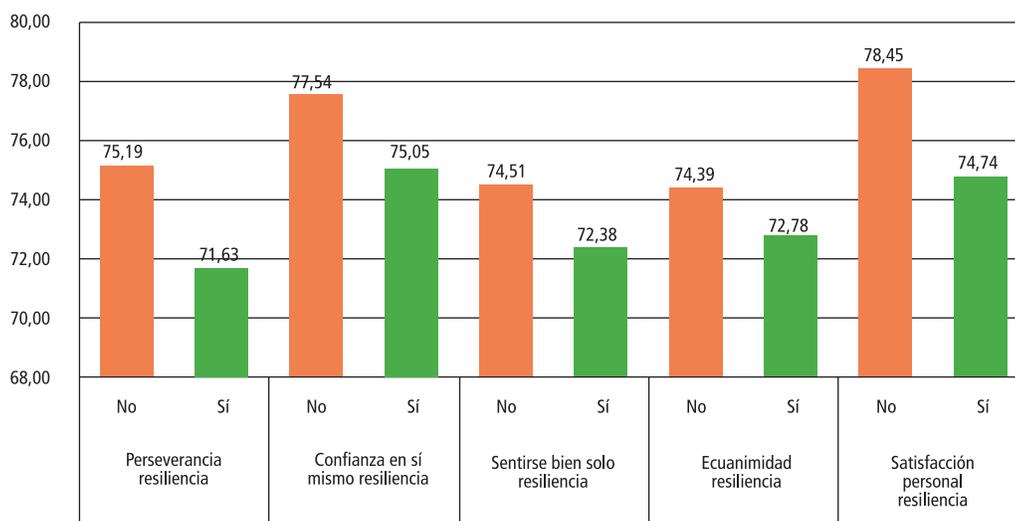
En la Gráfica 27, se observa que de los 40 elementos del desarrollo que se evaluaron en este grupo los niños, niñas y desplazados presentan problemas con la identidad positiva (74,84 %). Esto significa que el reconocimiento de sí mismo y su sentido de pertenencia al grupo y a la familia se ve afectado por el desplazamiento. La sensación de no pertenencia a los contextos incide en la identidad, en la apropiación de su plan de vida y se asocia con el sentimientos de impotencia y falta de control.

Gráfica 28. Indicadores psicosociales asociados a procesos de juicio moral en el grupo de desplazados



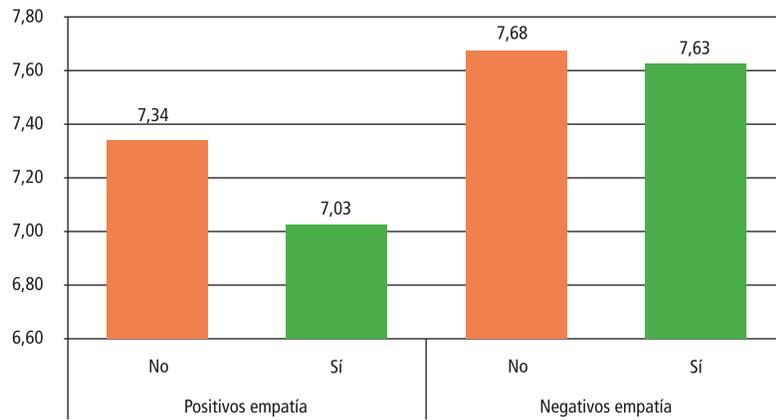
En el indicador relacionado con los procesos de juicio moral, la Gráfica 28 muestra que los niños, niñas y adolescentes presentan dificultad para asumir algunas responsabilidades de sus comportamientos. Este resultado los diferencia considerablemente de los menores desvinculados de los grupos armados al margen de la ley. Existe en este grupo un desplazamiento de la responsabilidad, esto tiene que ver con el haber asumido una condición de víctimas y el sentido es de desesperanza más que de optimismo hacia el futuro.

Gráfica 29. Indicador psicosocial: resiliencia para el grupo de desplazados



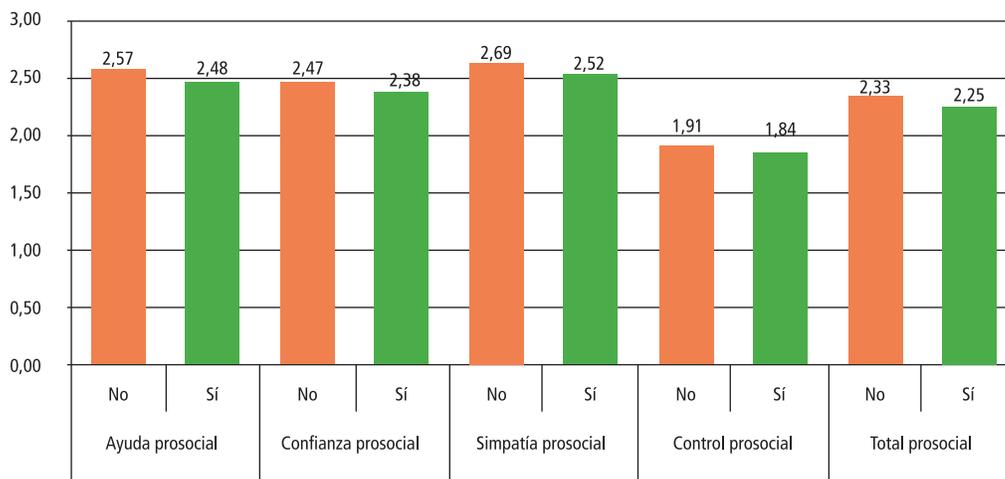
La Gráfica 29 muestra que los niños desplazados que participaron en el estudio tienen altos niveles de resiliencia y de afrontamiento con la adversidad. Esto ha sido corroborado con estudios internacionales específicamente con niños refugiados.

**Gráfica 30. Indicador psicosocial: empatía en el grupo de desplazados**



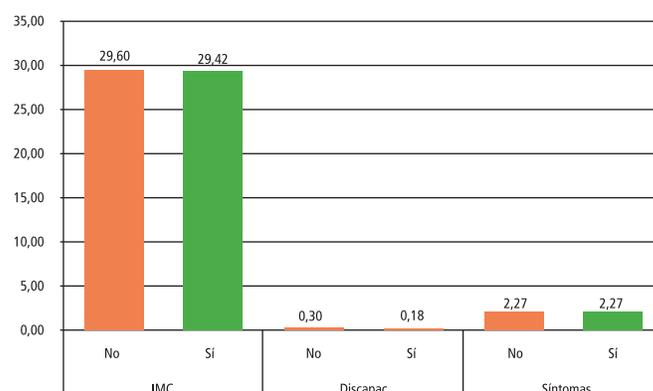
La Gráfica 30 muestra que los niños desplazados que participaron en el estudio no presentan cambios en cuanto al indicador de empatía. Valdría la pena profundizar en este indicador o revisar la inclusión de esta variable en el análisis.

**Gráfica 31. Indicadores psicosociales: comportamiento prosocial para el grupo de desplazados**



En la Gráfica 31, el comportamiento prosocial los niños, niñas y adolescentes desplazados muestra necesidades psicosociales básicamente en la incapacidad de sentir confianza en los otros (2,47 %) y problemas con el control (1,91 %).

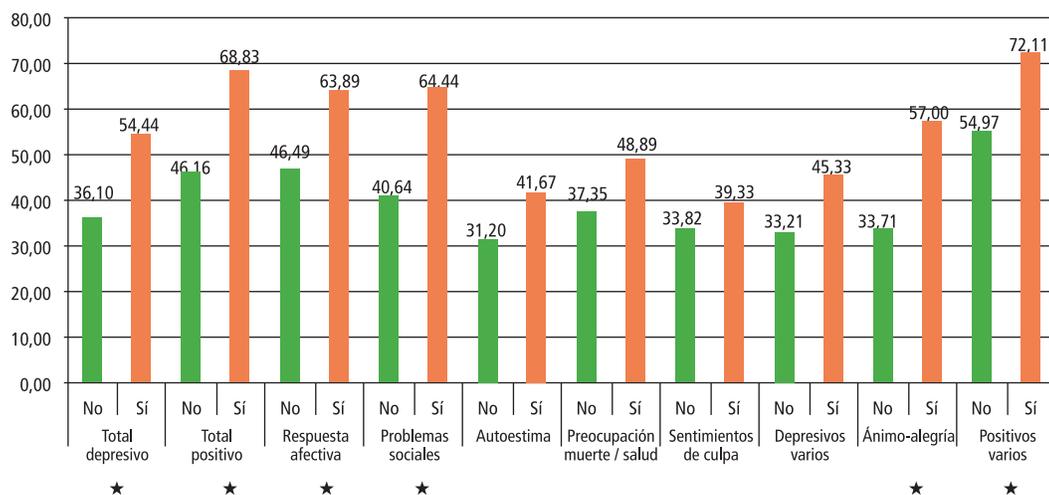
**Gráfica 32. Percepción de salud e indicadores de salud física en el grupo de desplazados**



### c. Violencia sexual

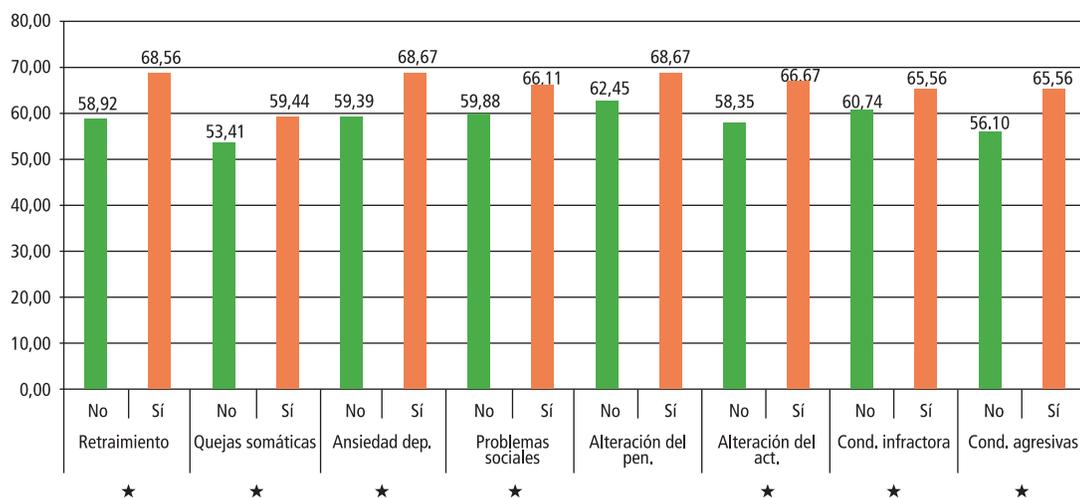
A pesar de que la muestra para violencia sexual tuvo un tamaño reducido, hay datos relevantes y las observaciones muestran que estos niños, niñas y adolescentes tienen necesidades psicosociales que ameritan una estrategia de detección más contundente del sistema de protección.

Gráfica 33. Indicadores psicosociales asociados al afecto en las víctimas de violencia sexual



La Gráfica 33 muestra que los indicadores asociados al afecto en el grupo de víctimas de violencia sexual más comprometidos son las manifestaciones de malestar subjetivo, la incapacidad de sentir alegría (68,33 %) y la presencia de síntomas de corte depresivo como la tristeza, la indefensión y la desesperanza (54,44 %). Igualmente, se observa la presencia del afecto negativo (63,89 %) y una serie de síntomas propios de la depresión en la infancia en un porcentaje alto (72,11 %). Esto último es corroborado por Ramírez (2008) en una muestra de víctimas de violencia sexual fuera del contexto del conflicto armado. Valdría la pena analizar estas coincidencias.

Gráfica 34. Indicadores psicosociales asociados a los procesos emocionales internos y externos en violencia sexual

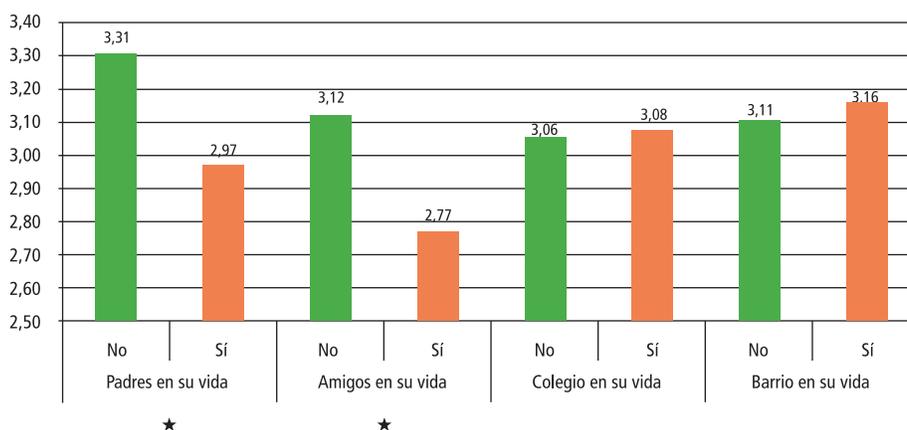


En la Gráfica 34 se observan las tendencias de las principales áreas en las cuales los niños, niñas y adolescentes han sido víctimas de la violencia sexual, en el indicador de procesos emocionales internos y externos. Las significancias en este indicador se dan particularmente en las distorsiones cognoscitivas, es decir, en errores de pensamiento que traducen los problemas perceptuales que el niño desarrolla por exposición a un evento potencialmente traumático, lo cual hace que interprete las acciones y actitudes de otro de una manera idiosincrática. Lo anterior ha sido encontrado en otros estudios como los de Cohen y Mannarino (2006), Bethancourt (2008) y Ramírez (2008). La presencia de indicadores emocionales internos como la ansiedad, en un 68,67 %, y los problemas de atención, en un 66,67 %, se relacionan de manera importante con las distorsiones de pensamiento

que se acaban de mencionar. Esta combinación, aunque se encuentra en niveles moderados, pone a estos niños, niñas y adolescentes en riesgo de presentar un cuadro ansioso de mayor complejidad en un futuro.

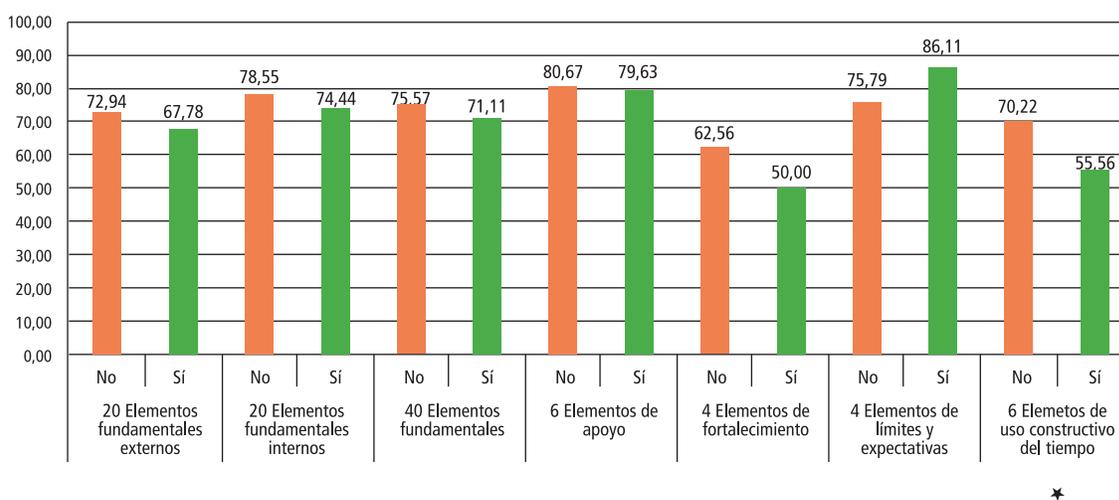
De otra parte, las quejas somáticas también significativas en este grupo pueden correlacionar con estos problemas emocionales del orden interno. Se evidencia de igual manera en los niños víctimas de violencia sexual la conducta agresiva y transgresora de las normas en un porcentaje correspondiente al 65,56 %. Esta variabilidad entre procesos emocionales internos y externos muestra los problemas de regulación de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual muy similar a los niños desvinculados pero de manera diferencial con los niños desplazados.

**Gráfica 35. Indicador psicosocial: capacidad de vínculo en violencia sexual**

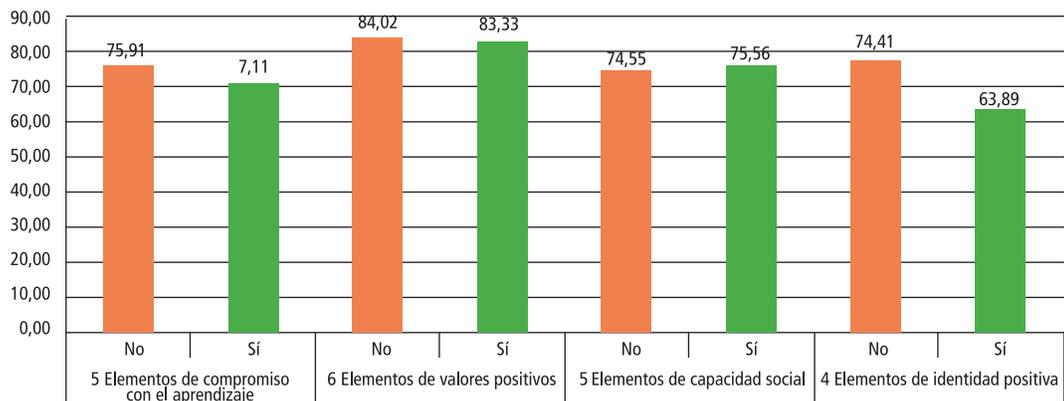


En la Gráfica 35, la capacidad de vínculo de estos niños se ve ostensiblemente afectada con los padres o cuidadores, lo cual también fue hallado por Ramírez (2008) con el mismo instrumento en un diseño de muestras independientes. De la misma forma, su capacidad de vínculo con amigos se ve afectada, precisamente porque los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual empiezan a desarrollar un sentido de desconfianza e inseguridad en otros por las condiciones que conllevan los diferentes actos de violencia sexual.

**Gráfica 36a. Indicadores psicosociales de desarrollo integral de violencia sexual**



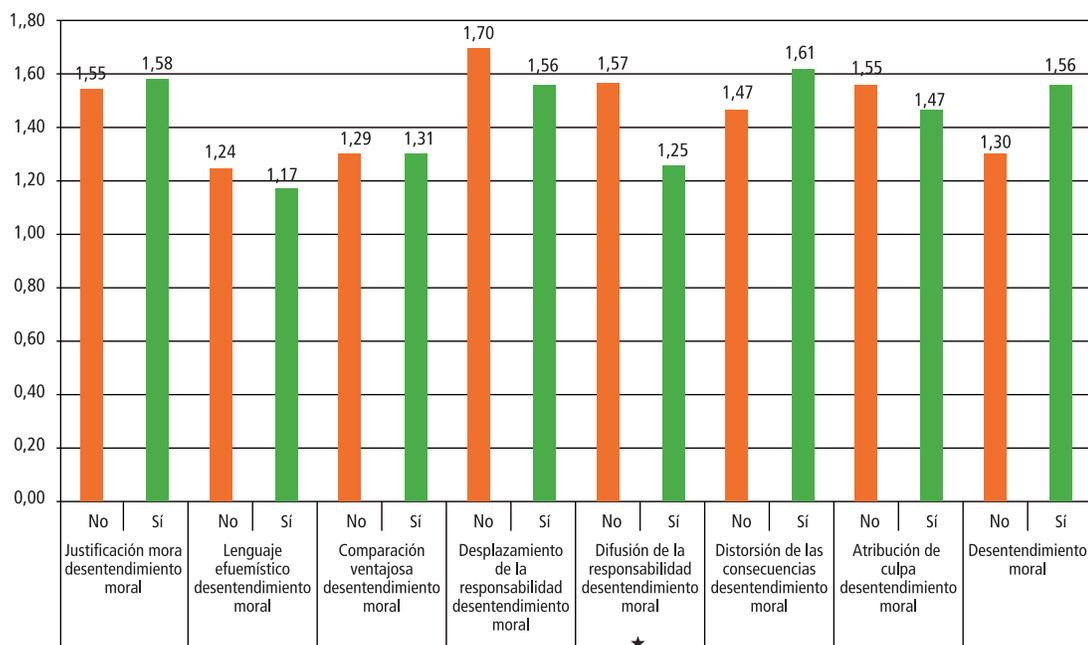
Gráfica 36b. Indicadores psicosociales de desarrollo integral violencia sexual



★

Casi en todos los 40 elementos de desarrollo estos niños, niñas y adolescentes tienen niveles importantes de ajuste e integralidad en los que es evidente que la debilidad se presenta en el uso constructivo del tiempo y en los elementos de identidad positiva. Esto último ha sido ampliamente documentado por teóricos en el campo de la violencia sexual como Finkelhor (1986, 2008) y Trickett y Putnam (1998) (ver Gráficas 36a y 36b).

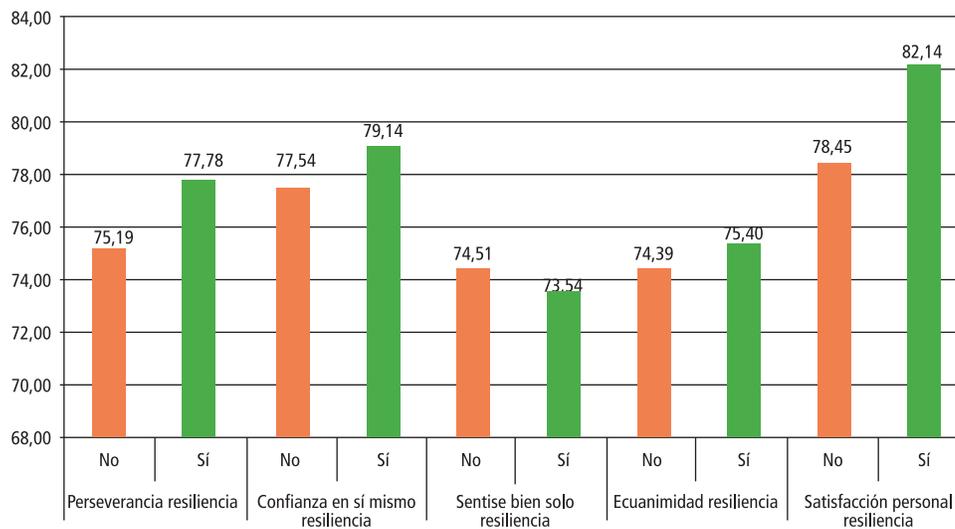
Gráfica 37. Indicadores psicosociales asociados a procesos de juicio moral



★

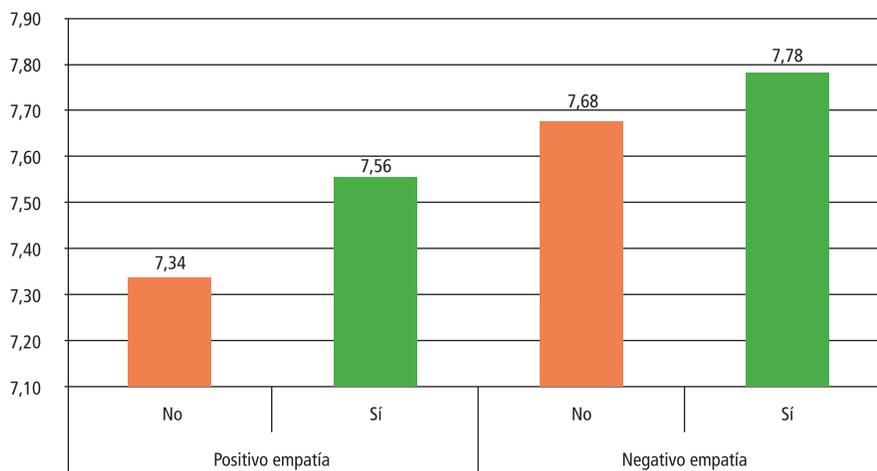
La Gráfica 37 muestra que en los procesos de juicio moral, aunque hay unos niveles de disfuncionalidad en todos los subindicadores, la significancia se presenta exclusivamente en la difusión de la responsabilidad, lo cual significa que estos niños, niñas y adolescentes tienden a poner la responsabilidad de sus actos a diferentes actores, situaciones o contextos.

**Gráfica 38. Indicador psicosocial: resiliencia de violencia sexual**



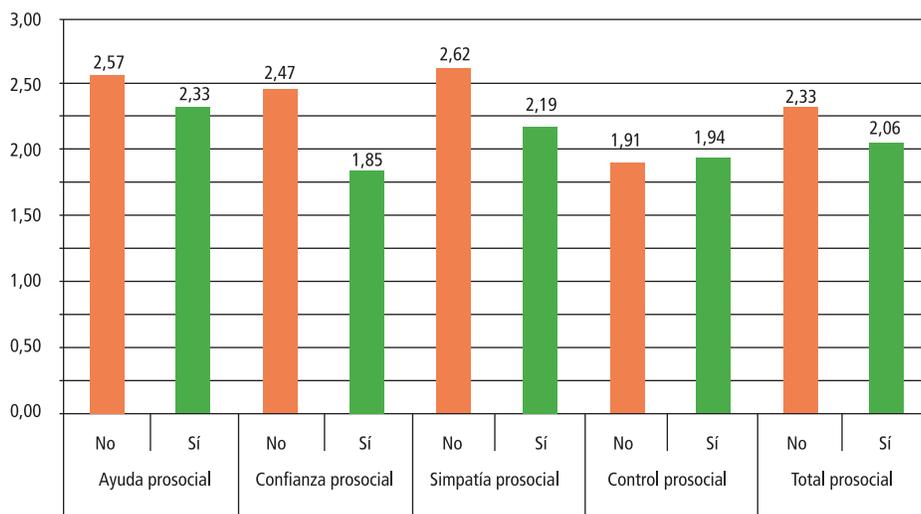
La Gráfica 38 muestra que no hay diferencias significativas en ninguna de las subescalas del índice para resiliencia. Esto probablemente quiere decir que estos niños, niñas y adolescentes tienen niveles adecuados del manejo de la adversidad, lo cual les permite resolver el impacto de las experiencias potencialmente traumáticas.

**Gráfica 39. Indicador psicosocial: empatía en violencia sexual**



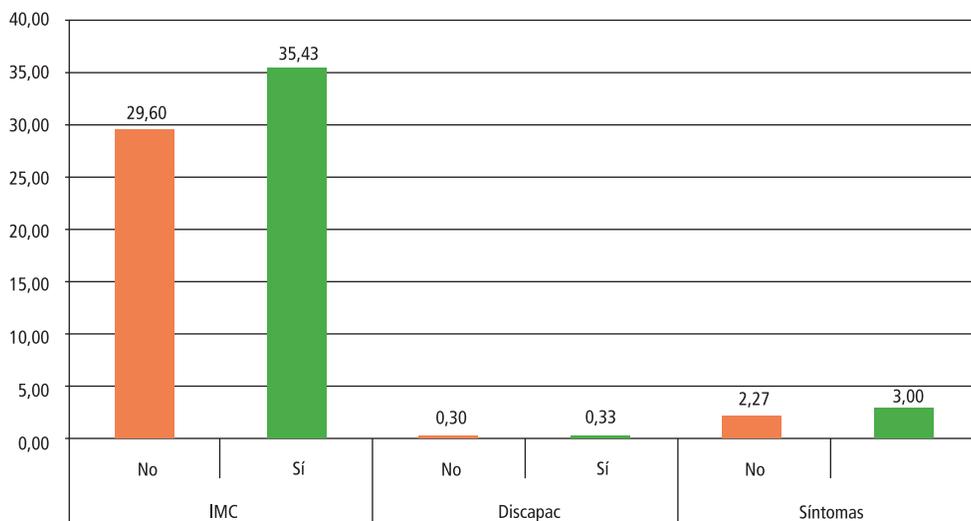
Los datos que se observan en la Gráfica 39 muestran nuevamente que no hay un impacto en el indicador psicosocial de empatía, lo cual es similar a lo que se ha observado en otros hechos victimizantes como en el grupo de desvinculados y desplazados. Vale la pena profundizar para hacer una aproximación más precisa a ese tipo de variable.

**Gráfica 40. Indicadores psicosociales: comportamiento prosocial**



La Gráfica 40 muestra algunas tendencias sobre el comportamiento prosocial de los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de violencia sexual, teniendo en cuenta que es importante fortalecer la capacidad de dar y solicitar ayuda, de desarrollar confianza en otros y de poder generar mayor simpatía hacia otros. En esta variable se muestran similares a los desplazados.

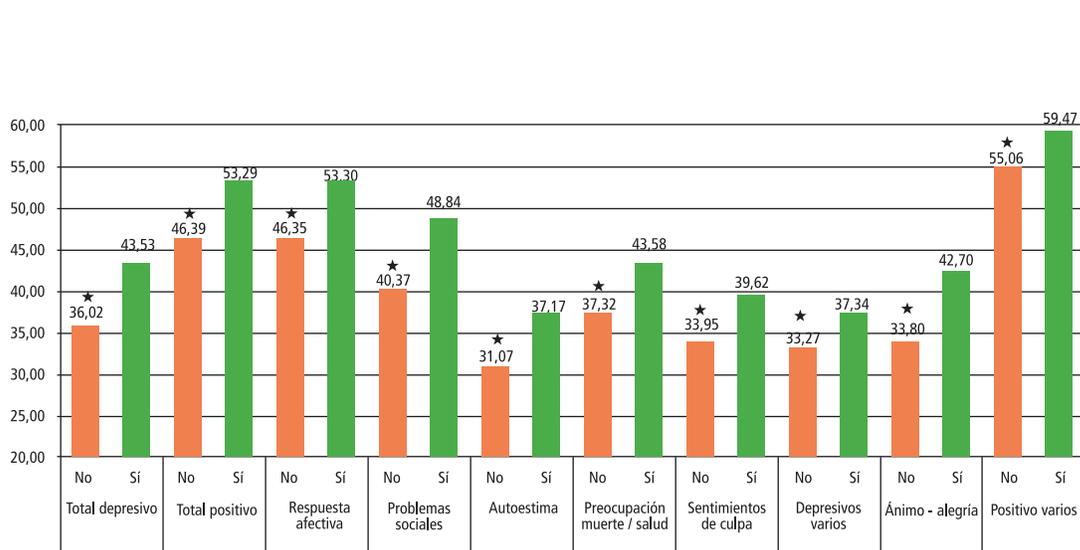
**Gráfica 41. Percepción de salud e indicadores de salud física de violencia sexual**



En relación con la Gráfica 41, los resultados muestran que los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual manifiestan mayor número de enfermedades que el resto de los indicadores en salud. Esto es coherente con el estudio realizado por Felitti, (1998) sobre el impacto en la salud de las experiencias traumáticas en la temprana infancia.

## d. Huérfanos

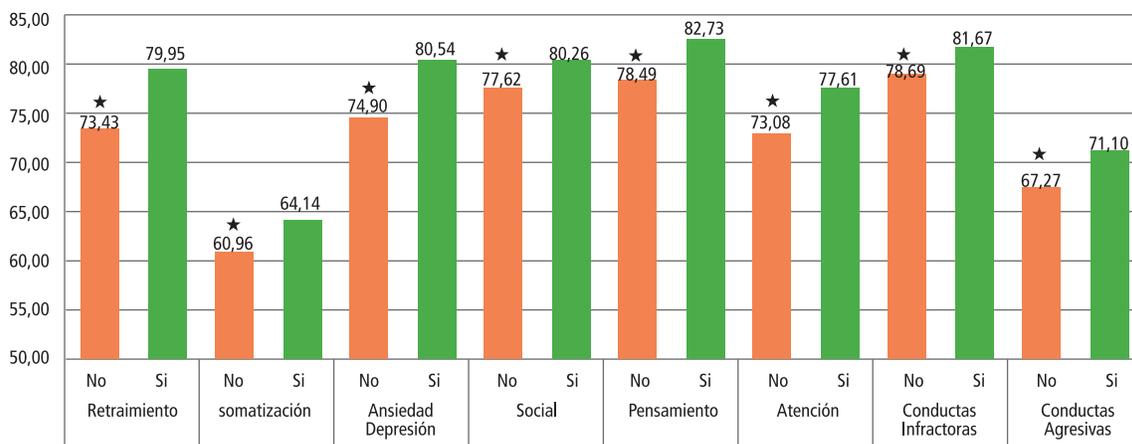
Gráfica 42. Indicadores psicosociales asociados al afecto en huérfanos



En la Gráfica 42 es evidente la significancia en el indicador de Positivo varios. Se muestra la afectación de los niños, niñas y adolescentes huérfanos en la presencia de indicadores depresivos en comparación con otros hechos victimizantes. Esto se corrobora con la significancia en la escala Total depresivo y el Total positivo que da cuenta de la incapacidad que tienen estos menores para divertirse y sentir felicidad. En la respuesta afectiva se observa la tendencia de estos niños a manifestar malestar subjetivo y mayor afecto negativo.

De igual manera son significativas sus dificultades para relacionarse con otros y la baja percepción que tienen de sí mismos, por la significancia en el componente de autoestima. La preocupación de la muerte propia o por experimentar enfermedades también tiene una presencia significativa por los sentimientos de culpa, muy similar a los niños desvinculados, pero ausentes en los niños desplazados. En general, este es uno de los indicadores psicosociales más afectado en los niños huérfanos.

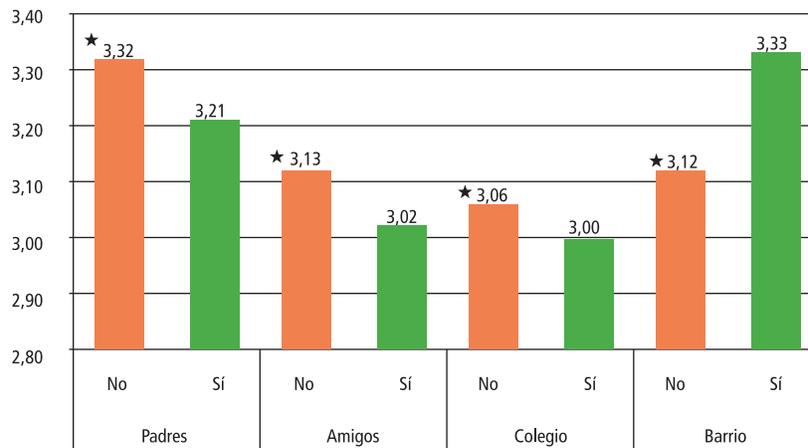
Gráfica 43. Indicadores psicosociales asociados a los procesos internos y externos en huérfanos



La Gráfica 43 muestra una tendencia al retraimiento, a evitar contacto con adultos y con pares, lo cual está relacionado con problemas sociales del indicador anterior. Es evidente la significancia de problemas de atención, los cuales se correlacionan con los índices de ansiedad y somatización así como con el pensamiento distorsionado.

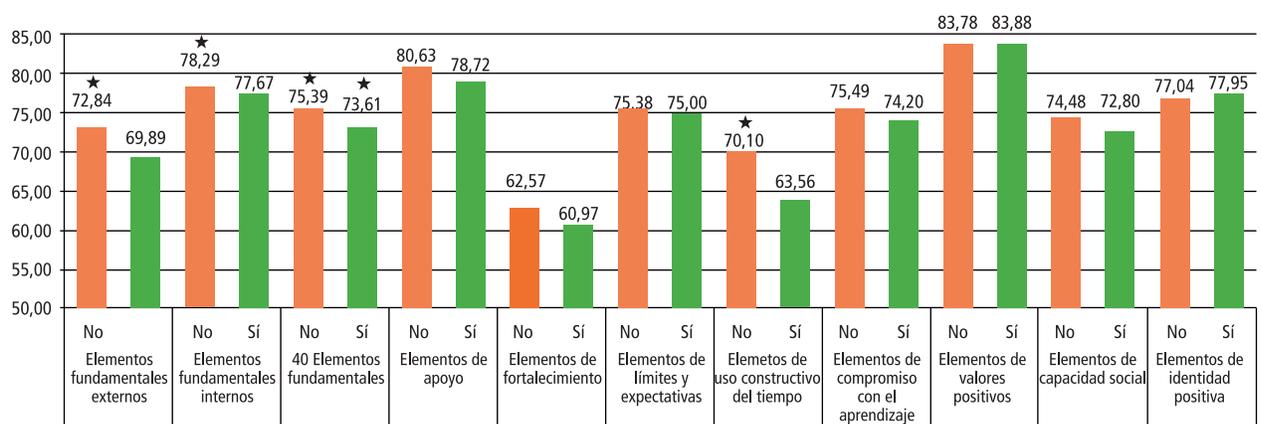
Estos niños presentan significancia en las conductas agresivas que pueden ser el resultado más de un factor situacional que temperamental. Las fluctuaciones entre lo interno y lo externo pueden mostrar problemas con la autorregulación emocional y el control individual es igual que en otros grupos.

**Gráfica 44. Indicador psicosocial: capacidad de vínculo en huérfanos**



Los niños huérfanos, precisamente por su condición, muestran dificultades relacionales con los tutores o personas que están a su cargo, tal como se ve en la Gráfica 44. En esta prueba se hizo el ajuste de preguntar no por padres, sino por los cuidadores. También su capacidad de hacer amigos, de establecer relaciones con pares escolares y con pares en comunidad o institucional está limitada considerablemente.

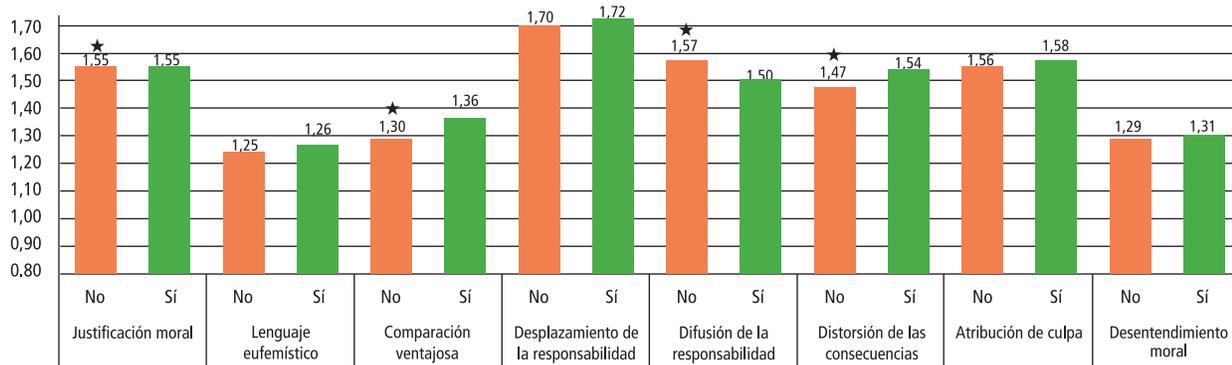
**Gráfica 45. Indicadores psicosociales de desarrollo integral en huérfanos**



En la Gráfica 45, a diferencia de otros hechos victimizantes, se muestra que en los niños, niñas y adolescentes en condición de orfandad por el conflicto armado, el nivel de desarrollo integral se ve comprometido de tal manera que debe ser tenido en cuenta en acciones programáticas de tipo psicosocial. Tanto a nivel externo como interno presentan un

funcionamiento promedio frente a las expectativas, manejo de los límites y percepción del apoyo recibido. De igual manera, a nivel interno, hay un compromiso con el aprendizaje, con el manejo de los valores, las relaciones sociales y la identidad positiva, siendo evidente que una de las mayores dificultades es el uso constructivo del tiempo.

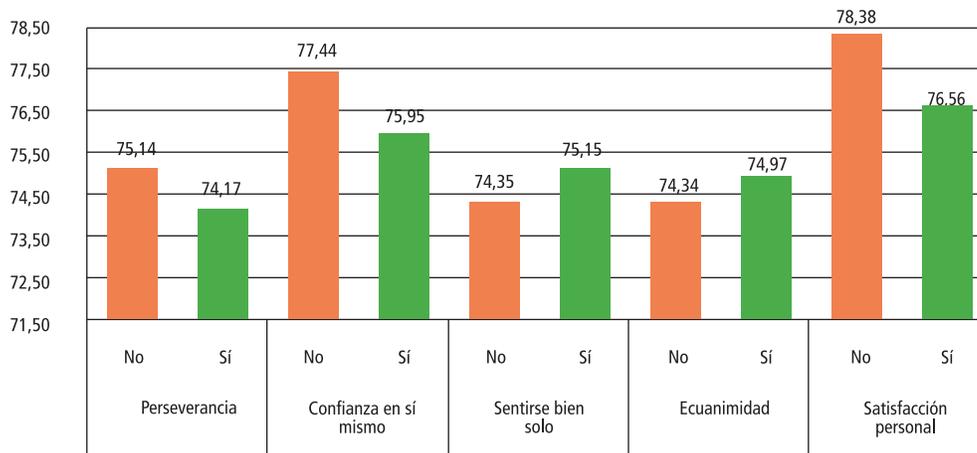
Gráfica 46. Indicadores psicosociales asociados a procesos de juicio moral en huérfanos



En la Gráfica 46 se muestra que los niños huérfanos, al igual que los niños desvinculados, utilizan mecanismos como la justificación moral de los actos, comparación ventajosa en la cual se analiza el propio comportamiento en relación con el de otros, siempre mostrando que el suyo es mejor. La difusión de la responsabilidad es una estrategia para

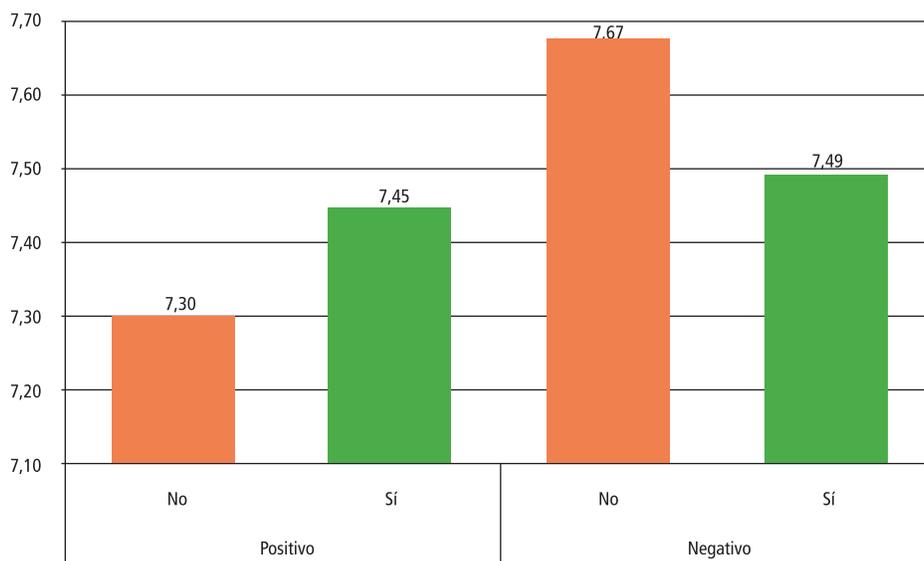
atribuir la responsabilidad de sus acciones a diversas fuentes o factores. En este caso también se presenta esta estrategia como proceso de juicio moral, al igual que en la distorsión de las consecuencias. Esto se refiere a que se minimizan las consecuencias de los actos más cuando estos son de carácter inadecuado en el contexto social.

Gráfica 47. Indicador psicosocial: resiliencia en huérfanos



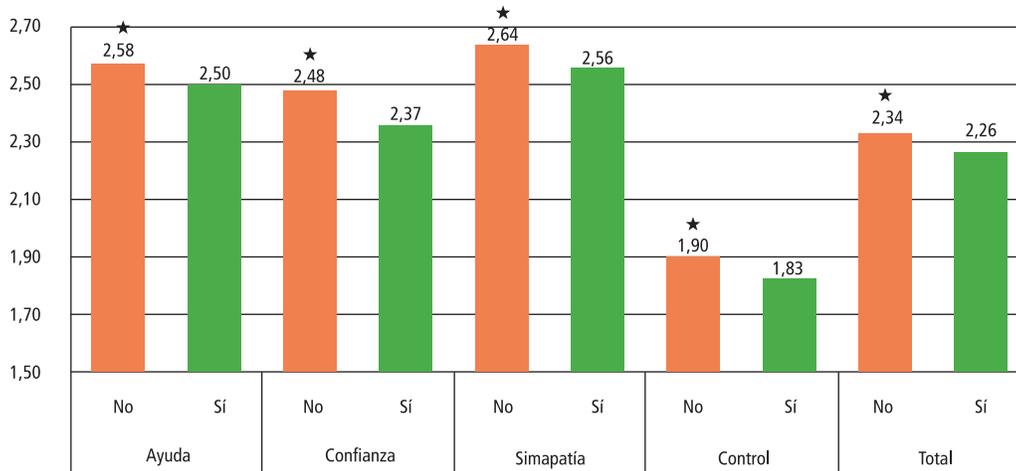
Es interesante ver en la Gráfica 47 que el índice de resiliencia muestra que estos niños tienen niveles importantes y solamente es de fortalecer el de Satisfacción personal, que se muestra significativo en esta escala. Es decir, por debajo de los esperado.

Gráfica 48. Indicador psicosocial: empatía en huérfanos



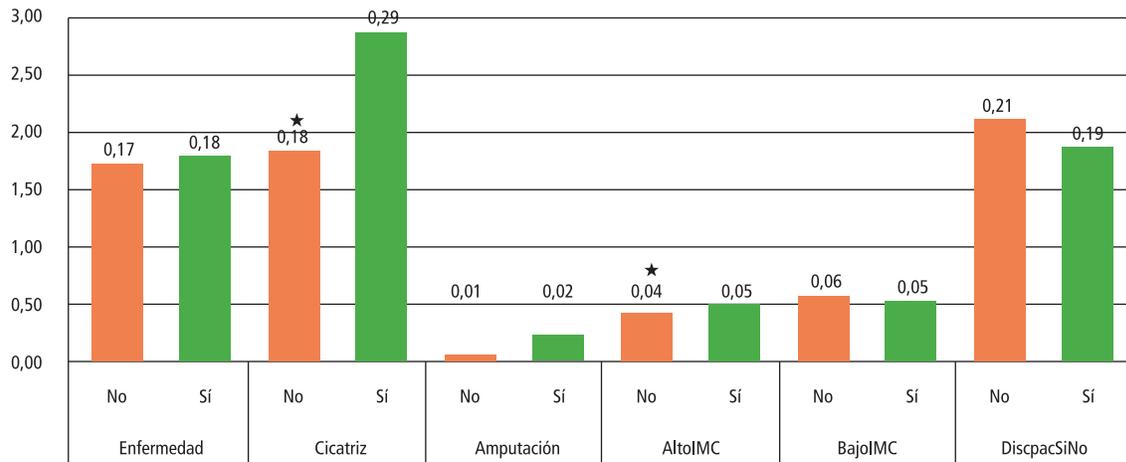
La Gráfica 48 muestra que no hay alteración de la empatía como se dio en otros hechos victimizantes.

Gráfica 49. Indicadores psicosociales: comportamiento prosocial en huérfanos



En la Gráfica 49, se muestra la relación de esta variable con la condición de orfandad en donde lo más evidente es que estos niños, niñas y adolescentes tienen problemas en general de relación siendo relevante la pérdida de la confianza en otros, la incapacidad para recibir ayuda y la disminución en el rasgo de simpatía.

Gráfica 50. Percepción de salud e indicadores de salud física en huérfanos

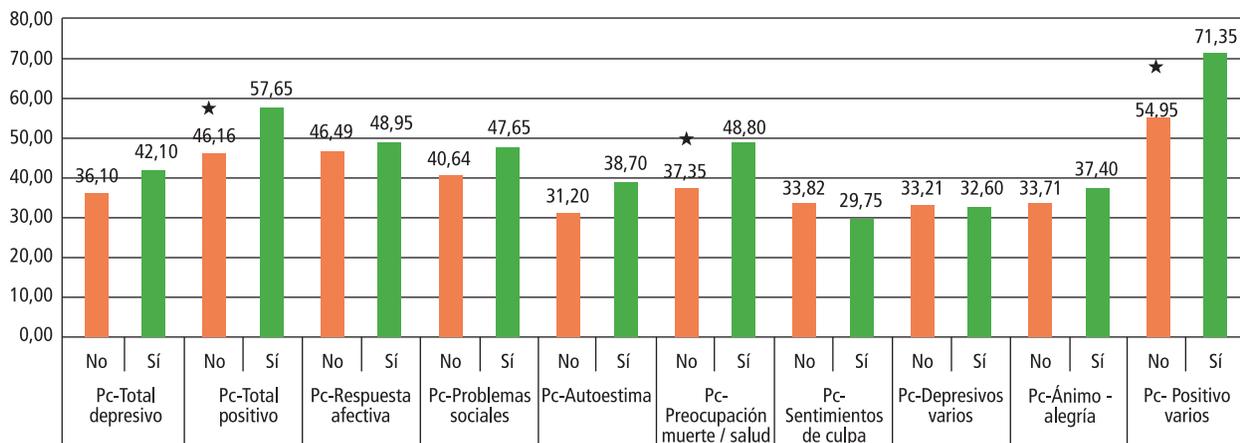


En cuanto a los indicadores de salud, la Gráfica 50 indica significancia en el subíndice de cicatrices, lo cual quiere decir que estos niños refieren tener mayor número de cicatrices que los demás. Un dato importante es que estos niños muestran un alto IMC, lo cual se interpreta de la siguiente forma: en primera instancia, el alto índice de masa corporal no es correlativo a una buena nutrición; por el contrario, puede ser

que la dieta de estos niños no sea balanceada de acuerdo con sus necesidades nutricionales, lo que los hace mostrar sobrepeso; de otra parte, puede ser que al correlacionar con la ansiedad muestren un aumento en el apetito, lo cual puede estar relacionado con esto. Sin embargo, este último punto debe ser análisis de posteriores investigaciones.

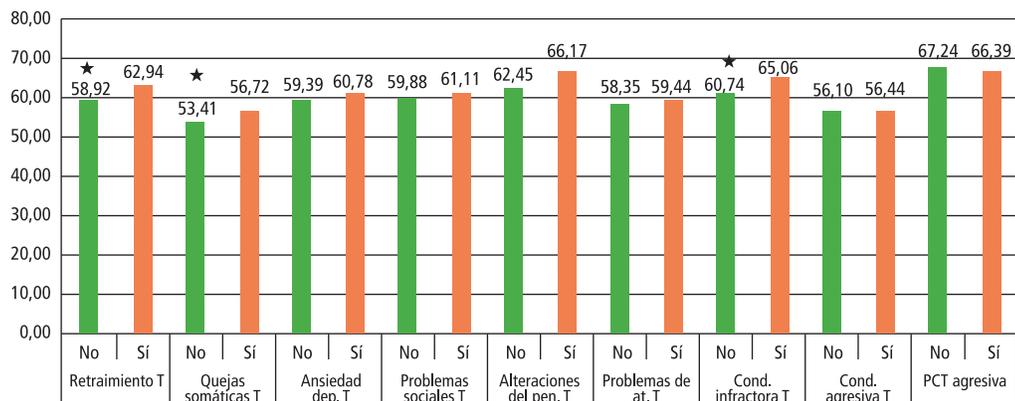
### e. Minas antipersonal (MAP, Muse, AEI)

Gráfica 51. Indicadores psicosociales asociados al afecto MAP, Muse, AEI



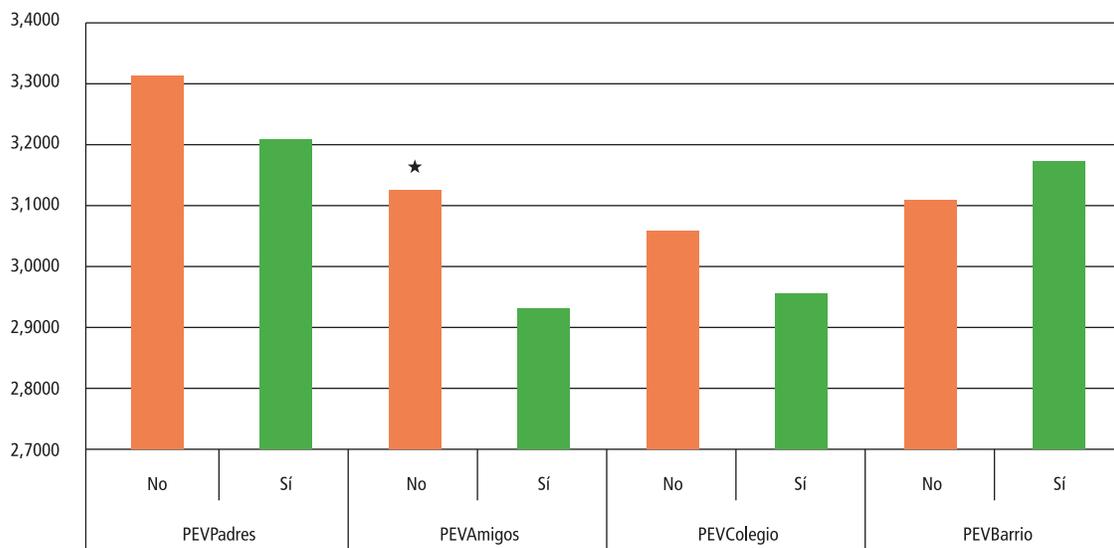
Para las víctimas de MAP, Muse, AEI, los indicadores asociados al afecto muestran significancia importante en relación con el total positivo (TP), lo cual indica que estos niños, niñas y adolescentes presentan sentimientos bajos de felicidad y alegría. De otra parte, el indicador PV es significativo en tanto que muestra diversas manifestaciones asociadas con la depresión. Finalmente, un indicador significativo es el que tiene que ver con la preocupación por la muerte y la salud, lo cual se relaciona directamente con su experiencia (ver Gráfica 51).

Gráfica 52. Indicadores psicosociales asociados a los procesos emocionales internos y externos: MAP, Muse, AEI



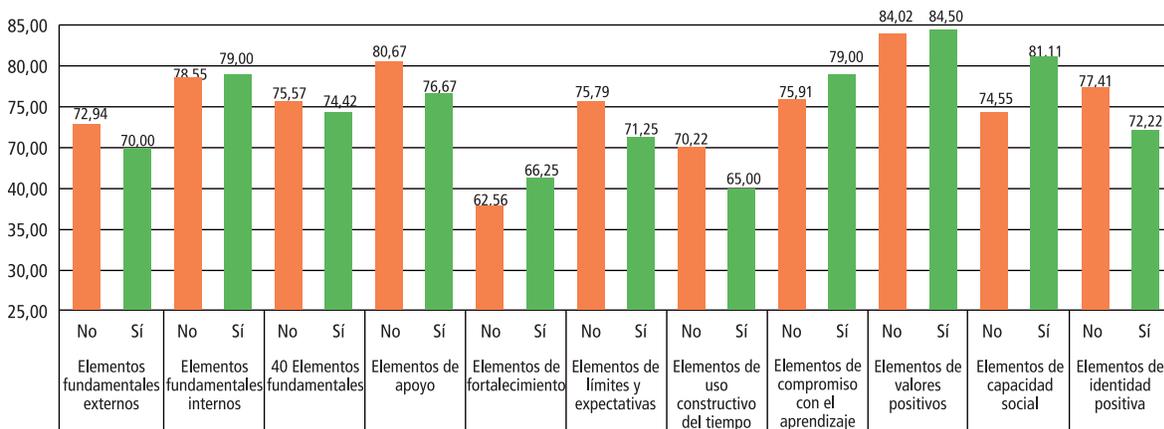
En cuanto a los procesos emocionales internos y externos, en la Gráfica 52 lo más evidente en este grupo es la tendencia al retraimiento, las quejas somáticas y las conductas que trasgreden las normas.

Gráfica 53. Indicador psicosocial: capacidad de vínculo: MAP, Muse, AEI



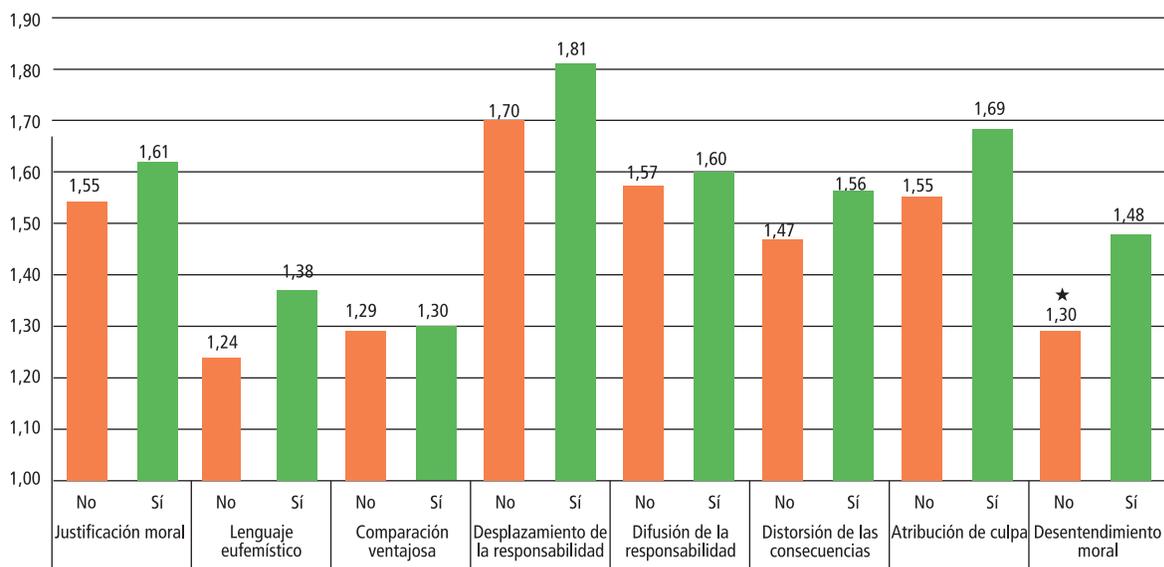
En la Gráfica 53 se evidencia que la dificultad vincular en estos niños, niñas y adolescentes se refleja básicamente con el grupo de amigos y no con ningún otro actor.

Gráfica 54. Indicadores psicosociales de desarrollo integral: MAP, Muse, AEI



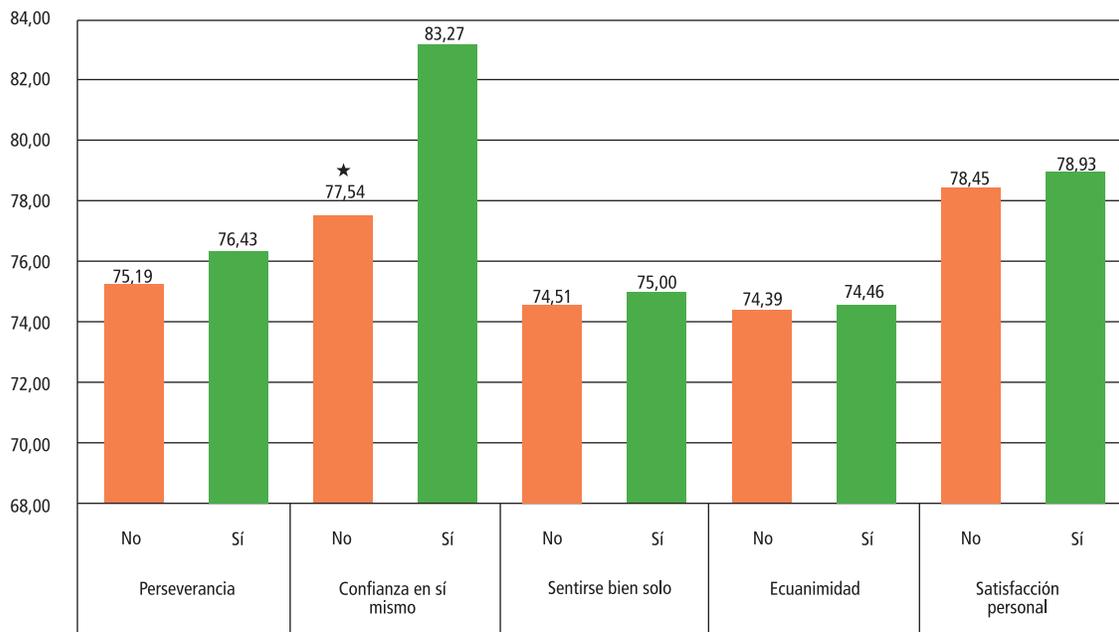
La Gráfica 54 evidencia que los niveles de desarrollo integral de estos niños están dentro de los parámetros esperados y no hay diferencias significativas para ninguno de los componentes.

Gráfica 55. Indicadores psicosociales asociados a procesos de juicio moral: MAP, Muse, AEI



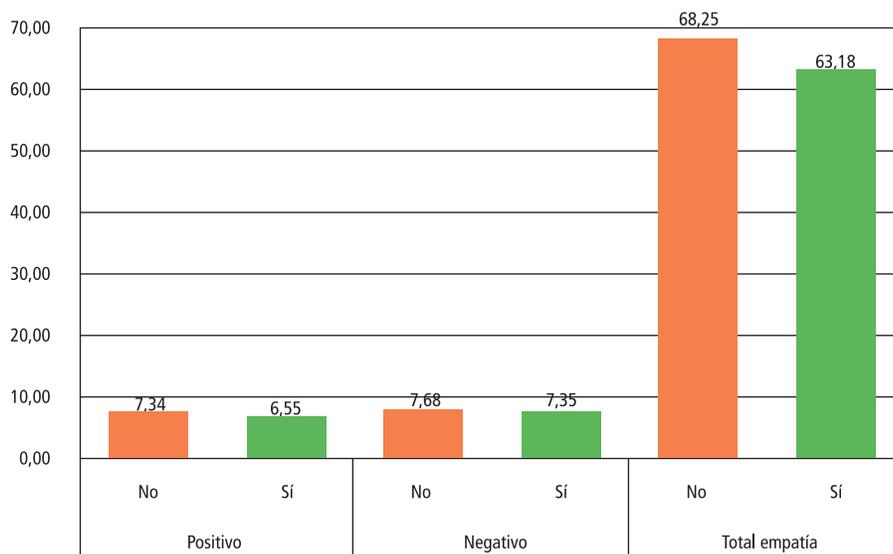
En cuanto a los procesos de juicio moral, en la Gráfica 55 se muestran resultados que si bien es cierto puede existir una afectación a nivel general, no se puede especificar en este análisis el nivel de afectación en este tipo de población.

Gráfica 56. Indicador psicosocial: resiliencia MAP, Muse, AEI



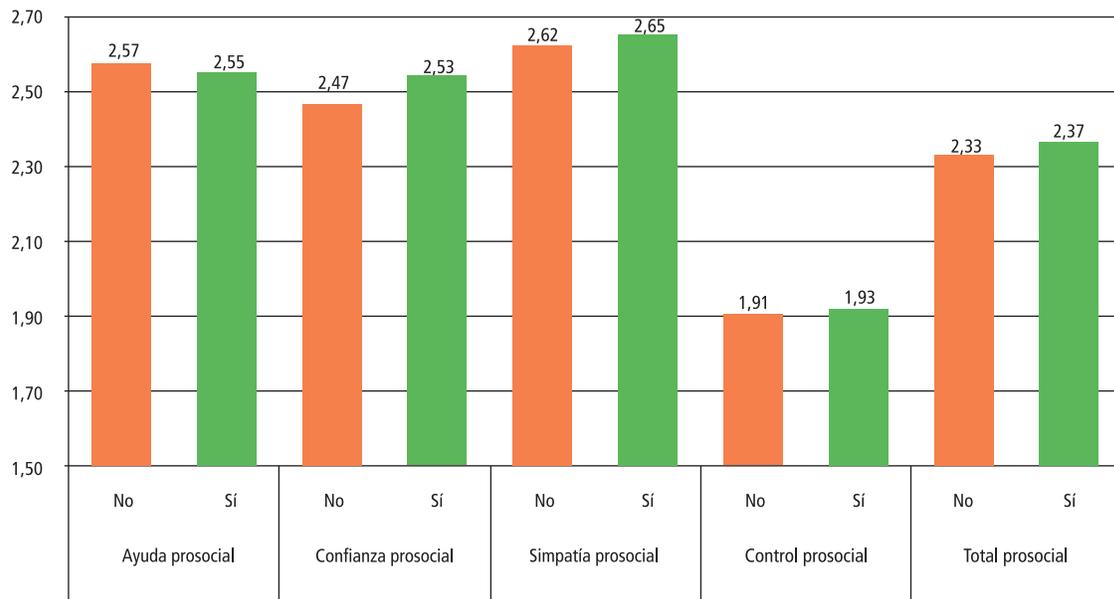
En la Gráfica 56 se observa que estos niños, niñas y adolescentes muestran un buen desempeño en la escala de resiliencia para las distintas categorías, pero se muestran diferencias significativas en lo que tiene que ver con la confianza en sí mismos.

Gráfica 57. Indicador psicosocial: empatía en MAP, Muse, AEI



En la Gráfica 57 no hay diferencias significativas en cuanto a la empatía, como sucedió con los otros hechos victimizantes.

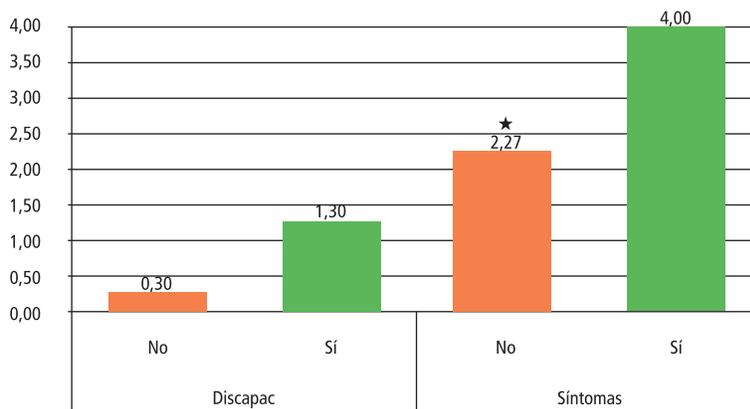
Gráfica 58. Indicadores psicosociales: comportamiento prosocial MAP, Muse, AEI



En la Gráfica 58 se muestra que no hay diferencias significativas en cuanto a las habilidades sociales de estos niños.

Gráfica 59. Percepción de salud e indicadores de salud física MAP, Muse, AEI

Otros Indicadores



En la Gráfica 59 se muestra que en estos niños es significativa la discapacidad y la presencia de síntomas físicos asociados con su condición.

Tabla 14. Diferencias del estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes por hecho victimizante

	DESPLAZADOS				DESVINCULADOS				HUÉRFANOS PADRE			
	IC 95 %				IC 95 %				IC 95 %			
	OR	Inf.	Sup.	Sig.	OR	Inf.	Sup.	Sig.	OR	Inf.	Sup.	Sig.
<b>Edad</b>	1,13	1,01	1,27	0,041	2,52	2,07	3,09	0,000	1,39	1,23	1,57	0,000
<b>Escolaridad</b>	0,83	0,74	0,92	0,001	0,53	0,45	0,62	0,000	0,75	0,67	0,83	0,000
<b>Sexo</b>	0,74	0,53	1,04	0,086	1,04	0,57	1,87	0,906	0,91	0,64	1,29	0,609
<b>Identificación</b>	2,61	0,23	29,83	0,441	0,36	0,05	2,79	0,328	0,70	0,13	3,91	0,687
<b>Estudia actualmente</b>	0,24	0,10	0,56	0,001	1,50	0,40	5,58	0,548	0,36	0,15	0,85	0,020
<b>Vive con su madre</b>	0,25	0,13	0,50	0,000	5,82	3,19	10,64	0,000	2,03	0,29	0,85	0,011
<b>Va a la iglesia</b>	0,90	0,80	1,02	0,107	0,73	0,59	0,89	0,002	1,27	1,12	1,44	0,000
<b>Indicadores PS asociados al afecto negativo</b>	1,00	0,99	1,00	0,416	1,00	0,99	1,02	0,578	1,00	0,99	1,01	0,609
<b>Indicadores PS asociados al afecto positivo</b>	1,01	1,00	1,01	0,050	0,99	0,98	1,01	0,286	1,01	1,00	1,01	0,017
<b>Indicadores PS procesos internalizantes</b>	1,02	0,99	1,05	0,150	1,06	1,01	1,11	0,009	1,04	1,01	1,06	0,011
<b>Indicadores PS procesos externalizantes</b>	0,99	0,97	1,02	0,667	0,99	0,95	1,03	0,586	1,01	0,99	1,04	0,231
<b>Indicador PS de desarrollo y ajuste</b>	1,00	0,99	1,01	0,863	1,01	0,99	1,03	0,478	1,01	0,99	1,02	0,294
<b>Indicador PS empatía</b>	1,00	0,98	1,01	0,711	0,98	0,96	1,01	0,141	0,99	0,98	1,01	0,444
<b>Comportamiento prosocial</b>	0,24	0,13	0,45	0,000	0,41	0,13	1,22	0,108	0,29	0,15	0,56	0,000
<b>Resiliencia</b>	1,00	1,00	1,00	0,541	1,00	1,00	1,01	0,588	1,00	1,00	1,00	0,514
<b>Indicador PS capacidad vínculo</b>	1,00	0,88	1,13	0,956	1,10	0,89	1,37	0,384	1,21	1,05	1,39	0,008
<b>Indicador PS proceso juicio moral</b>	0,21	0,04	1,03	0,055	0,06	0,01	0,49	0,008	77,07	0,07	77,07	0,999
<b>Salud</b>	0,62	0,46	0,82	0,001	1,18	0,73	1,90	0,503	0,83	0,62	1,10	0,194
<b>Índice de masa corporal</b>	0,97	0,93	1,00	0,037	1,07	1,02	1,12	0,010	0,99	0,96	1,02	0,560
<b>Enfermedad</b>	0,53	1,15	3,11	0,011	0,83	0,40	1,72	0,617	1,05	0,67	1,62	0,839
<b>Cicatriz</b>	1,13	0,58	1,35	0,569	3,49	0,16	0,52	0,000	1,61	0,42	0,92	0,018

Como se ve en la Tabla 14 los desplazados tienen mayor edad, menor escolaridad, estudian menos en la actualidad. Muestran mayor afecto positivo comparados con los otros grupos (carencia, de alegría, diversión y felicidad e incapacidad para experimentarlas) y menor en comportamiento prosocial. Perciben menor salud, y tienen un menor IMC. Los desvinculados tienen mayor edad, menor escolaridad, viven con menor frecuencia con sus padres, van más a la iglesia. Tienen un mayor puntaje en indicadores psicosociales de procesos internalizantes. Tienen menores puntajes en indicadores psicosociales de procesos de juicio moral. El IMC es más alto e informan mayor existencia de cicatrices. Los huérfanos de padre tienen menos escolaridad y puntajes más altos en indicadores psicosociales asociados al afecto positivo y a los procesos internalizantes. Tienen menores puntajes en comportamiento prosocial y han desarrollado mayor capacidad de vínculo.

Tabla 15. Diferencias del estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes por grupo étnico: víctimas versus no víctimas

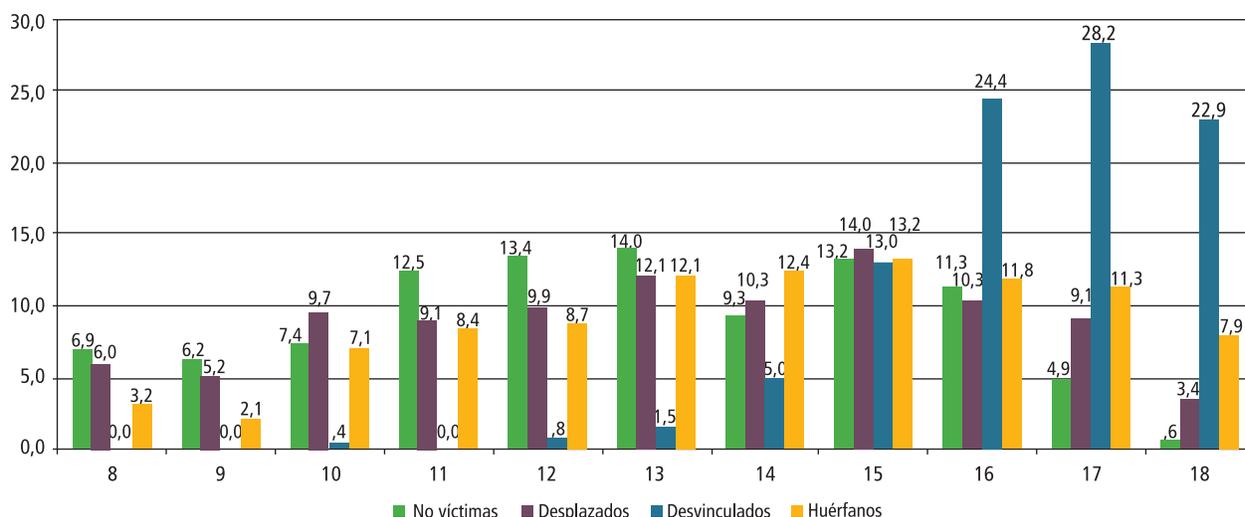
	AFROCOLOMBIANO				INDÍGENA				OTROS			
	IC 95 %				IC 95 %				IC 95 %			
	OR	Inf.	Sup.	Sig.	OR	Inf.	Sup.	Sig.	OR	Inf.	Sup.	Sig.
<b>Víctimas</b>	2,55	1,40	4,67	0,002	14,01	4,24	46,23	0,000	0,94	0,56	1,58	0,803
<b>Sexo</b>	0,74	0,45	1,23	0,249	0,88	0,51	1,51	0,640	1,13	0,67	1,89	0,644
<b>Edad</b>	1,17	1,02	1,35	0,026	1,13	0,97	1,33	0,120	1,24	1,06	1,46	0,007
<b>Identificación</b>	0,43	0,13	1,48	0,181	0,76	0,21	2,83	0,686		0,00		0,969
<b>Escolaridad</b>	0,74	0,65	0,84	0,000	0,77	0,68	0,88	0,000	0,90	0,79	1,03	0,120
<b>Salud</b>	1,05	0,69	1,61	0,807	1,01	0,65	1,56	0,980	0,92	0,61	1,37	0,676
<b>Va a la iglesia</b>	0,87	0,73	1,04	0,132	0,78	0,64	0,94	0,011	0,89	0,75	1,07	0,213
<b>Indicadores PS asociados al afecto negativo</b>	1,01	1,00	1,02	0,053	1,01	0,99	1,02	0,314	1,01	1,00	1,02	0,029
<b>Indicadores PS asociados al afecto positivo</b>	0,99	0,98	0,99	0,002	0,99	0,98	1,00	0,167	0,98	0,98	0,99	0,001
<b>Indicadores PS procesos internalizantes</b>	0,99	0,95	1,02	0,451	1,03	0,99	1,07	0,157	1,01	0,97	1,04	0,763
<b>Indicadores PS procesos externalizantes</b>	1,01	0,98	1,04	0,511	0,95	0,92	0,99	0,007	1,01	0,98	1,04	0,435
<b>Indicador PS de desarrollo y ajuste</b>	1,02	1,00	1,04	0,036	0,99	0,98	1,02	0,621	0,98	0,96	0,99	0,006
<b>Indicador PS empatía</b>	0,99	0,97	1,01	0,346	0,98	0,96	1,00	0,029	0,99	0,97	1,01	0,558
<b>Comportamiento prosocial</b>	1,13	0,45	2,85	0,793	1,19	0,47	3,02	0,708	1,65	0,63	4,31	0,304
<b>Resiliencia</b>	1,00	0,99	1,00	0,067	1,00	0,99	1,00	0,042	1,00	1,00	1,01	0,143
<b>Indicadores PS capacidad de vínculo</b>	0,84	0,71	1,00	0,056	1,00	0,83	1,21	0,997	1,00	0,83	1,21	0,981
<b>Indicadores PS procesos juicio moral</b>	2,11	0,28		0,472	0,61	0,21	1,78	0,367				
<b>IMC</b>	1,07	1,03	1,11	0,001	1,01	0,95	1,07	0,789	0,95	0,90	1,00	0,062
<b>Estudia Actualmente</b>	1,56	0,50	4,85	0,444	1,28	0,43	3,84	0,660	1,91	0,53	6,83	0,322
<b>Vive con su madres</b>	0,73	0,39	1,37	0,326	0,80	0,42	1,53	0,504	0,66	0,34	1,29	0,225
<b>Enfermedad</b>	1,05	0,51	2,16	0,892	0,46	0,24	0,87	0,017	1,387	0,678	2,838	0,370
<b>Cicatriz</b>	0,98	0,56	1,71	0,935	0,50	0,29	0,85	0,010	3,170	1,516	6,626	0,002

La Tabla 15 muestra que los afrocolombianos tienen menores puntajes en el indicador psicosocial en el afecto positivo mayor tendencia a tener dificultades con sentir alegría y mayor puntaje en el indicador de desarrollo y ajuste. Presentan mayor IMC. Los indígenas presentan menos agresividad y más ansiedad, puntaje menor en los indicadores psicosociales de procesos externalizantes, un menor puntaje en la escala de empatía y menor resiliencia.

### 5.1.3.2 Víctimas versus no víctimas por indicador psicosocial

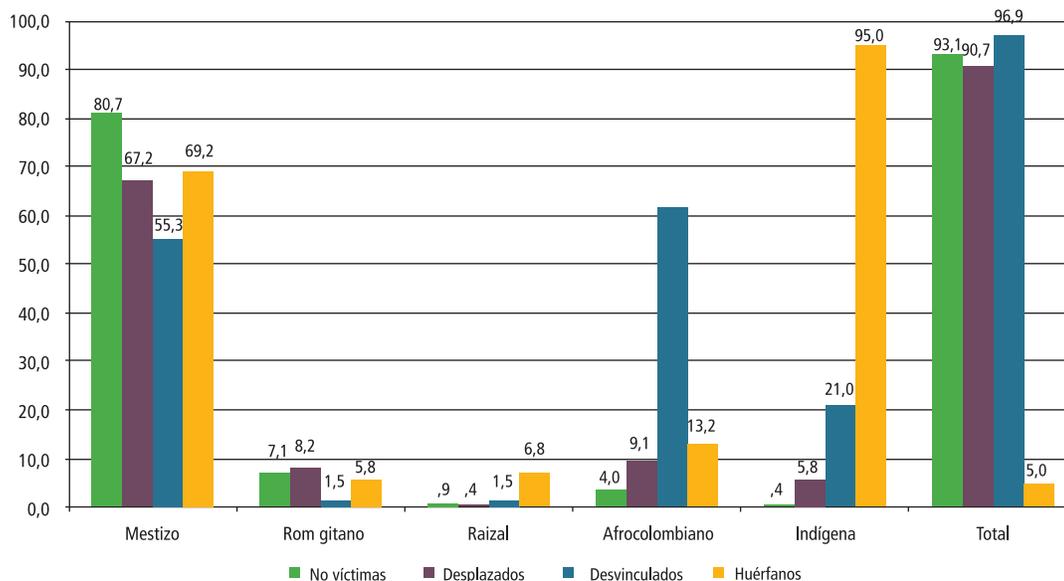
Los análisis comparativos entre los diversos hechos victimizantes en cada uno de los indicadores psicosociales comparado con el grupo de no víctimas mostraron resultados importantes en relación con el impacto del conflicto armado en el estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes. Estos resultados son los que se explican a continuación. En primera instancia se muestran los datos descriptivos con base en los cuales se pudieron hacer las comparaciones y predicciones.

Gráfica 60. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por edad



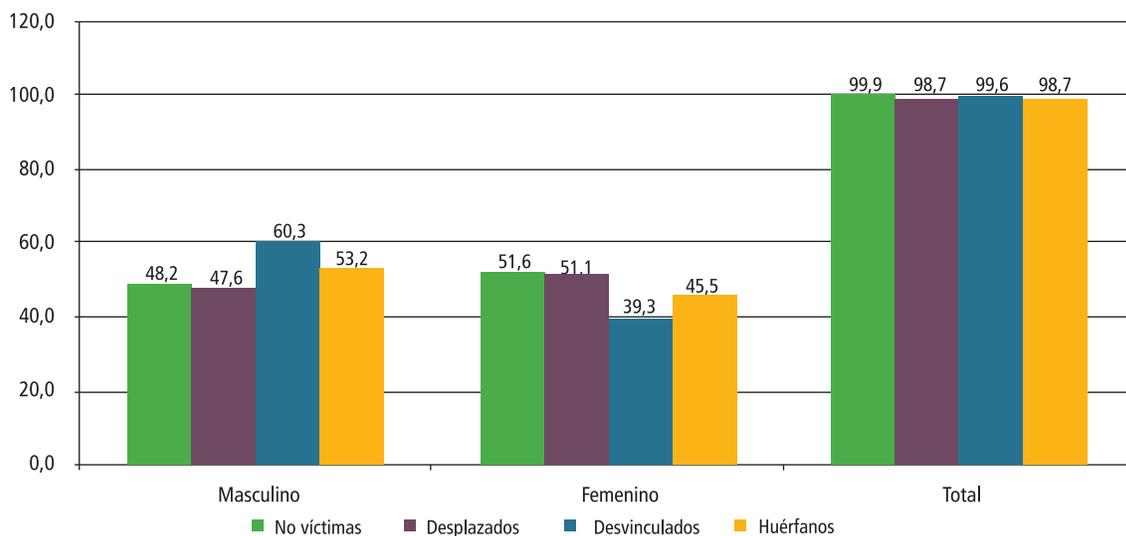
En la Gráfica 60, la distribución de la muestra se compara para cada grupo de edad con las no víctimas versus tres condiciones de hechos victimizantes, como desplazamiento, desvinculación y orfandad. Es importante resaltar que en el caso de los desvinculados, hay una mayor concentración en el grupo etario de 16 a 18, mientras que en el caso de los desplazados hay una distribución proporcional para todas las edades, como con los controles. La proporcionalidad en el caso de los huérfanos es variable y particularmente reducida en el grupo de 8 a 10.

Gráfica 61. Descripción del grupo de expuestas víctimas versus no víctimas por grupo étnico



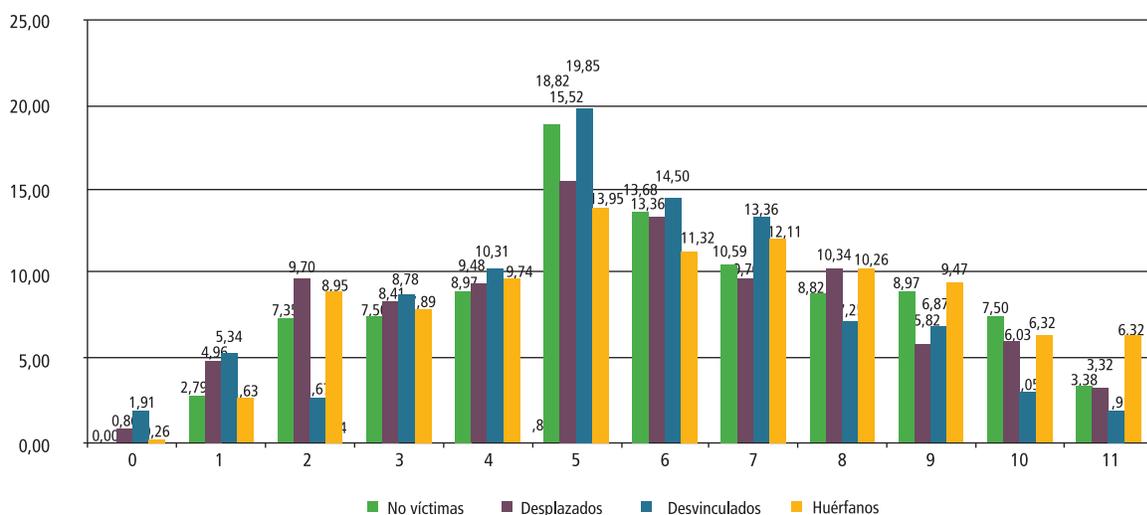
En cuanto a la distribución para hacer comparaciones sobre el impacto psicosocial por grupo étnico, la Gráfica 61 muestra que hay una proporcionalidad en el grupo de mestizos para todos los hechos victimizantes, lo cual no se repite en otros grupos étnicos. Hay una distribución desigual en el caso de los indígenas, ya que en estos últimos la proporción de huérfanos sobrepasa la de desplazados y desvinculados. En el caso de los afrodescendientes, la menor proporción son los desplazados y la mayor, los desvinculados, estando los huérfanos en un nivel promedio entre los dos anteriores.

**Gráfica 62. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por sexo**



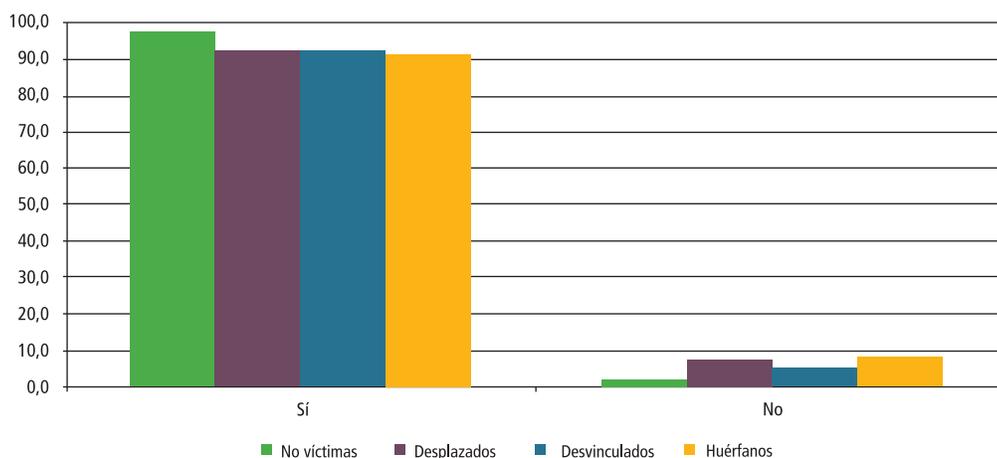
Como se ve en la Gráfica 62, la distribución por sexo fue homogénea para todos los hechos victimizantes y comparable con el grupo de control.

**Gráfica 63. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por nivel de escolaridad**



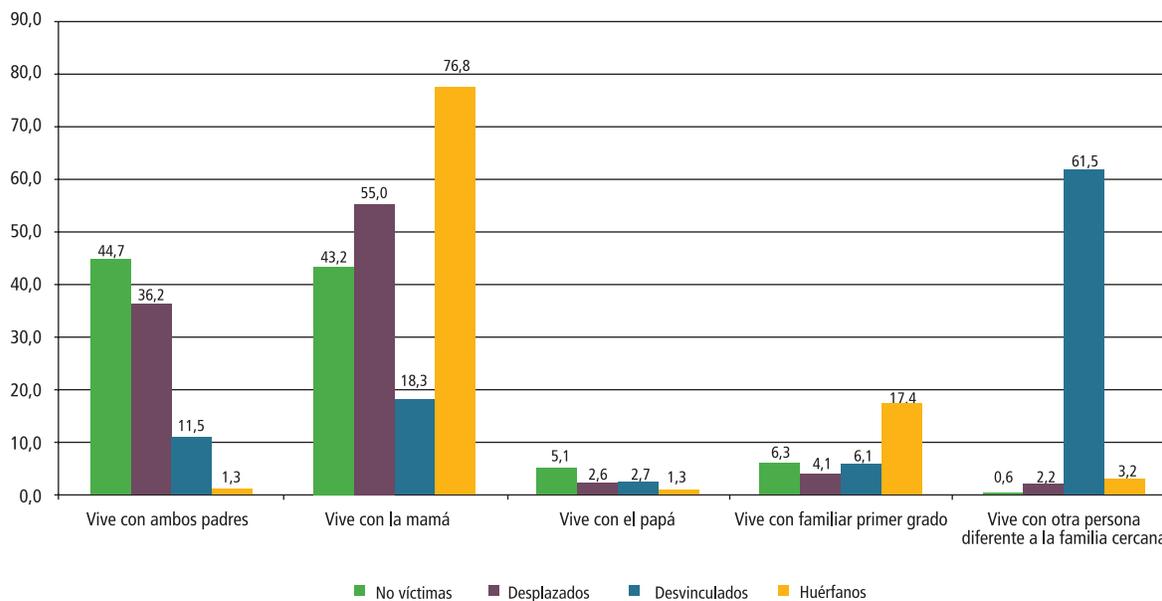
La Gráfica 63, que evidencia la distribución en el nivel educativo, muestra que los desplazados se encuentran en los diferentes niveles de escolaridad teniendo la mayor concentración en el quinto y sexto grado, pero aún así se muestra que estudian menos que los desvinculados. Los huérfanos también se encuentran distribuidos en todos los niveles educativos; la mayor concentración está en el grado quinto, pero en menor proporción que los desplazados y los desvinculados.

Gráfica 64. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por asistencia escolar



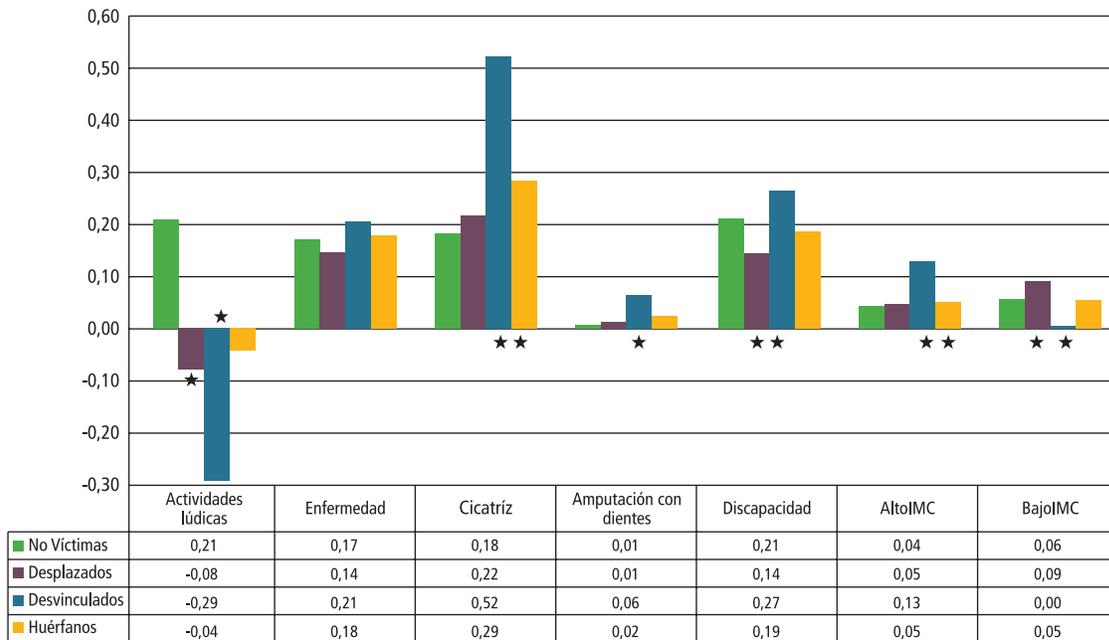
En cuanto a la asistencia escolar, todas las condiciones de hechos victimizantes la Gráfica 64 muestran que los niños, niñas y adolescentes asisten regularmente a la escuela en comparación con los controles y de los que no asisten a la escuela. La mayor proporción corresponde a los huérfanos.

Gráfica 65. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por tipo de familia



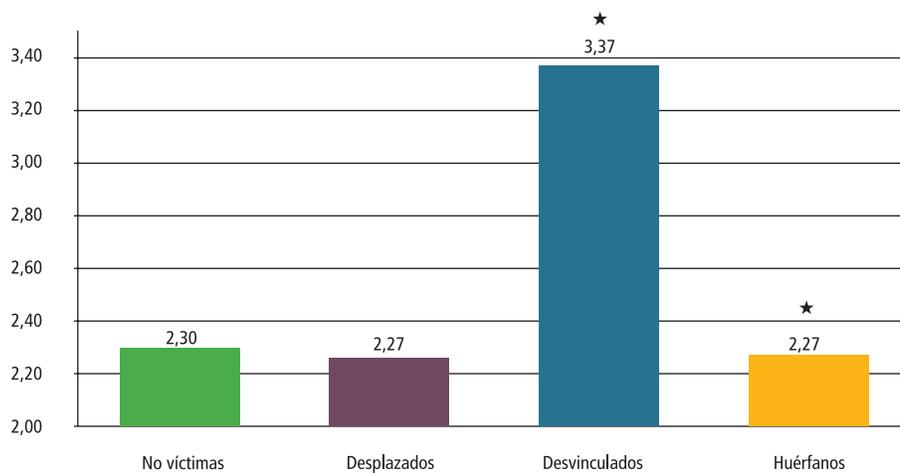
Es importante analizar en la Gráfica 65 que para el grupo control hay una proporción importante que vive con ambos padres seguidos de los que viven solamente con la mamá. En comparación con las víctimas, la proporción de los que viven con ambos padres comparados con los que viven con la mamá es mayor, particularmente para los desplazados y para los huérfanos que son huérfanos de un solo padre.

Gráfica 66. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por indicadores de salud



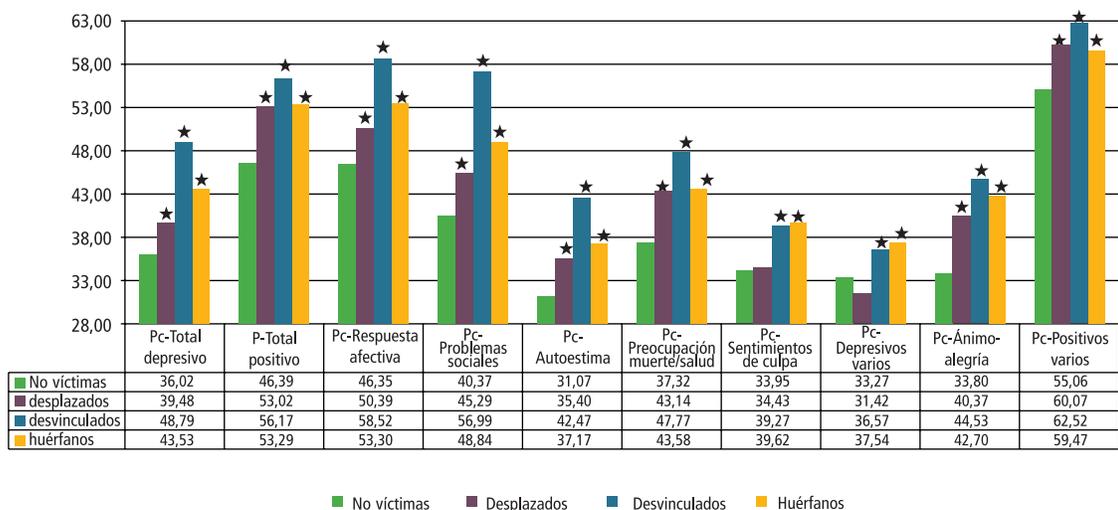
En la Gráfica 66 se muestran comparativamente las significancias para cada uno de los indicadores en los diferentes hechos victimizantes. Los resultados muestran que en comparación con las no víctimas, los desvinculados y los huérfanos tienen mayores proporciones de cicatrices así como historia de amputaciones. En relación con la discapacidad, es más predominante en los desplazados y los desvinculados. En cuanto al alto IMC esto es significativo para los desvinculados y los huérfanos, como ya se explicó en los análisis específicos, pero muy importante de tener en cuenta el que los desplazados tengan bajos IMC.

Gráfica 67. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por indicadores de salud: síntomas



En la Gráfica 67, la comparación con el grupo control muestra que tanto los desvinculados como los huérfanos son los que presentan más síntomas relacionados con la salud física en comparación con los desplazados. Esto quiere decir que es importante fortalecer las evaluaciones médicas periódicas y el acceso a los servicios de salud en estos grupos de población.

Gráfica 68. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por indicadores asociados al afecto

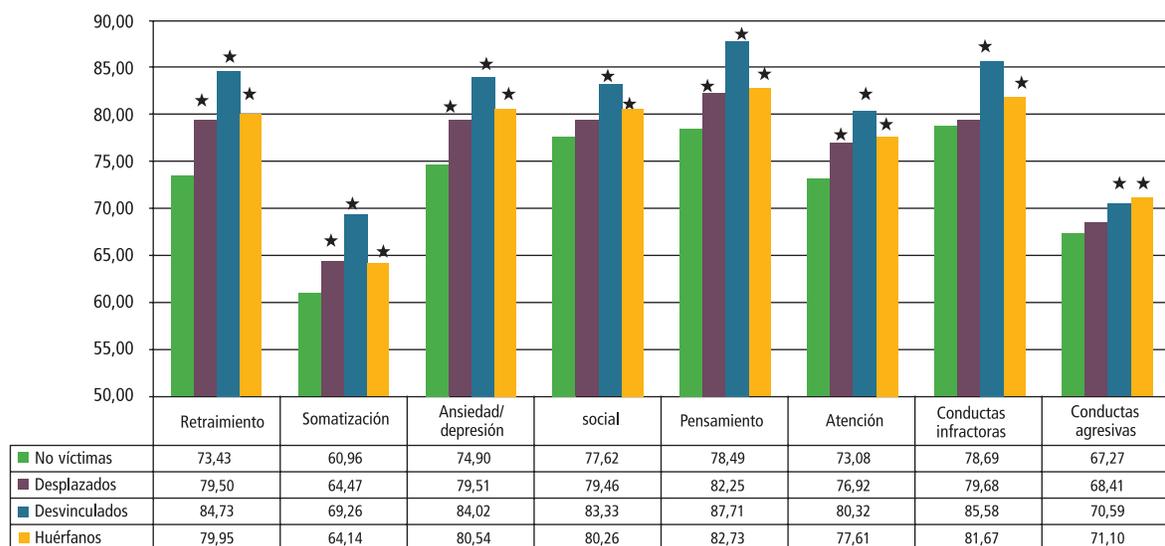


En cuanto a los indicadores asociados al afecto, en la Gráfica 68 se muestran comparativamente con el grupo control las diferencias significativas con los distintos hechos victimizantes. Los más afectados en cuanto a la capacidad de sentir alegría y vivir la vida con felicidad son los desvinculados y en proporciones diferenciales los desplazados y los huérfanos. En cuanto a las manifestaciones asociadas a la depresión como la tristeza, la apatía y la indefensión, los desvinculados muestran los mayores índices seguidos de los huérfanos y luego de los desplazados. En cuanto a la respuesta afectiva que implica la presencia del malestar subjetivo y la tendencia al afecto negativo también los desvinculados están en primer

lugar; en segundo, los huérfanos; en tercero, los desplazados, comparados con el grupo control.

En cuanto a los problemas sociales, los desvinculados muestran mayor afectación comparados con el grupo control, seguidos de los huérfanos y los desplazados. De igual manera, sucede con el indicador de autoestima, pero en el de preocupación y muerte los desvinculados muestran mayor impacto, y los huérfanos y los desplazados, niveles similares. En cuanto a los sentimientos de culpa, estos son estadísticamente significativos comparando las no víctimas, con los huérfanos y los desvinculados.

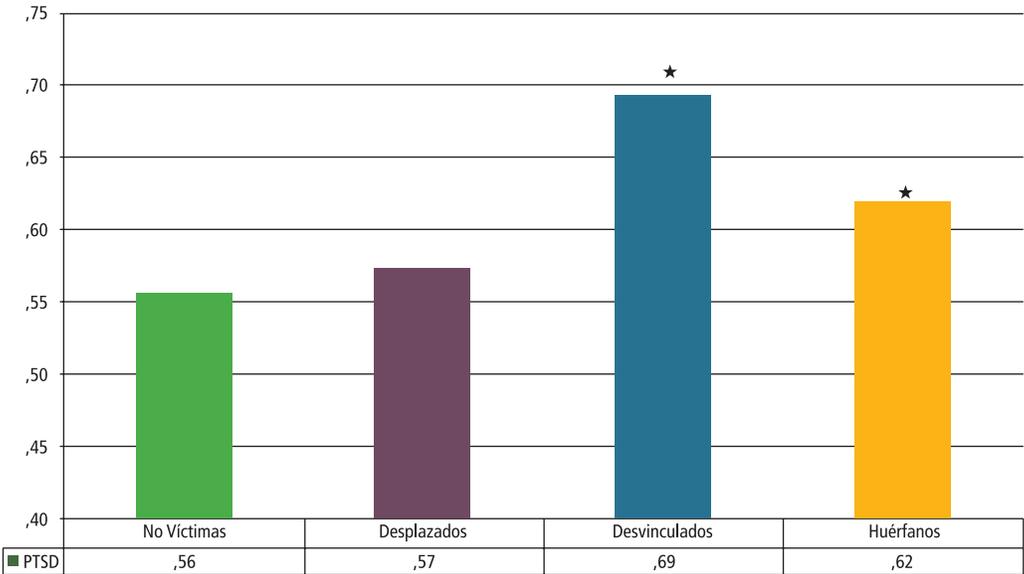
Gráfica 69. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas por indicadores asociados a los procesos emocionales



En cuanto a los procesos emocionales internos y externos comparando el grupo control con los grupos afectados, la Gráfica 69 muestra que el retraimiento y el aislamiento son más significativos para los desvinculados y se muestran gradualmente hacia menores tasas para los desplazados y los huérfanos. Igual sucede con las quejas somáticas y con la ansiedad, estando los desplazados un punto menor que los huérfanos. En cuanto a los problemas sociales, estos son más significativos para el grupo de huérfanos y desvinculados, mientras que

la distorsión de pensamiento se presenta entre los tres grupos estadísticamente significativa, comparados con los controles. La mayor distorsión la presentan los desvinculados. De otra parte, los problemas de atención son importantes comparando con el control en mayor nivel en los desvinculados, seguido de los huérfanos y los desplazados. El comportamiento transgresor de normas es estadísticamente significativo para los desvinculados y los huérfanos, así como el comportamiento agresivo.

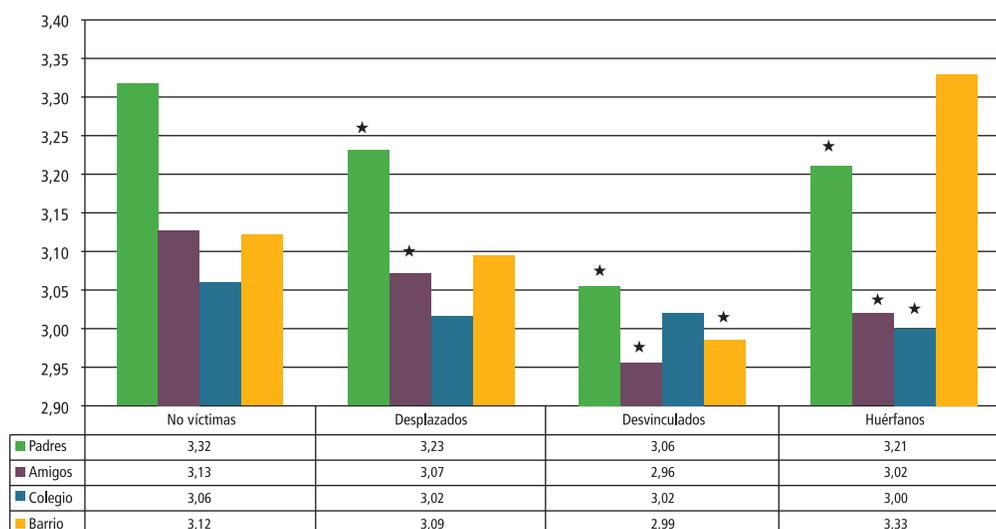
**Gráfica 70. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas en indicadores de estrés postraumático**



En el análisis que aparece en la Gráfica 70 se observan los indicadores de estrés postraumático, los cuales indican una significancia estadística comparando los controles con los niños, niñas y adolescentes desvinculados y en situación de orfandad ocasionada por el conflicto armado. Esto quiere decir que, probablemente, estos dos grupos de estudio hayan estado expuestos a estrés agudo, y que a pesar de la capacidad de resiliencia y de los servicios de atención recibidos, aún persisten algunos de estos indicadores.

Se infiere la posibilidad de que se presente trauma complejo o de trauma agudo, lo que hace pensar que los programas de recuperación emocional deberían estar centrados en dos elementos fundamentales: reducir los síntomas o manifestaciones del estrés postraumático y fortalecer la resiliencia a partir del potenciamiento de las distintas áreas de desarrollo integral.

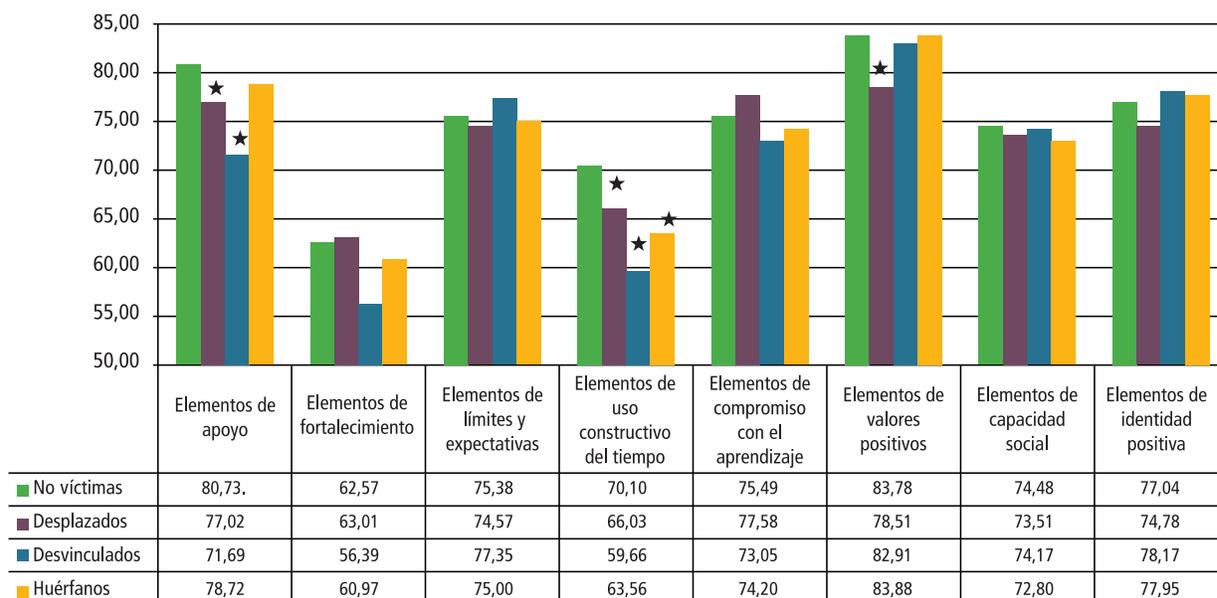
Gráfica 71. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas: capacidad de vínculo



En las comparaciones que aparecen en la Gráfica 71 se muestra que la capacidad de vínculo está afectada particularmente con los padres, tutores o cuidadores en mayor proporción para los desplazados seguido de los huérfanos y de los desvinculados. Con los amigos, la capacidad está

más afectada en los desplazados, seguido de los huérfanos y los desvinculados. Finalmente, la capacidad vincular con pares escolares comparados con el grupo de no víctimas está afectado solo para los niños, niñas y adolescentes en condición de orfandad.

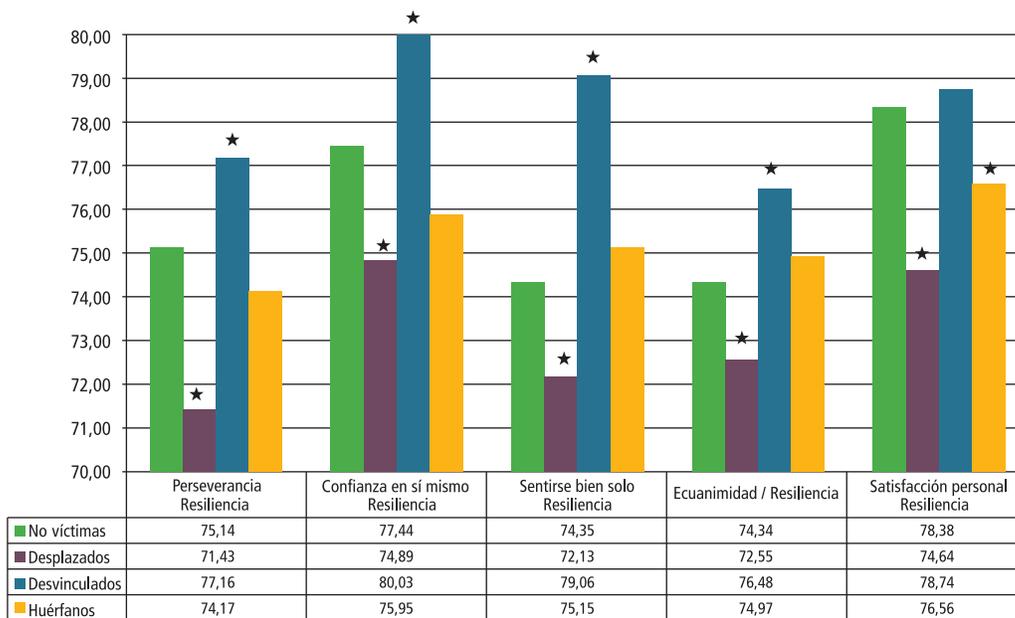
Gráfica 72. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas en indicadores de desarrollo integral



En relación con los indicadores de desarrollo integral, vale la pena mencionar que de acuerdo con la Gráfica 72 en su gran mayoría los niños, niñas y adolescentes muestran niveles de desarrollo adecuado para su edad en las categorías evaluadas. En particular se ven diferencias significativas con

el grupo de no víctimas en la percepción que tienen sobre el apoyo externo, más los desplazados que los desvinculados. El uso constructivo del tiempo, en general, es una debilidad en mayor proporción para desplazados, seguido de huérfanos y de desvinculados.

Gráfica 73. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas en indicadores de resiliencia

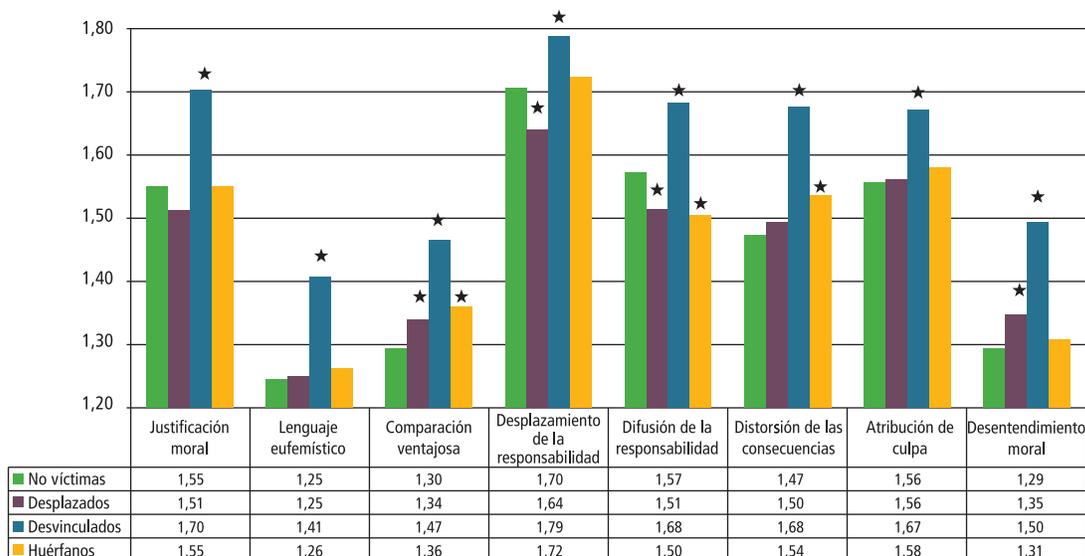


Si bien en casi todos los hechos victimizantes los niños, niñas y adolescentes muestran un nivel de resiliencia importante, vale la pena resaltar que al desagregar las subcategorías del indicador como se ve en la Gráfica 73 existen necesidades psicosociales que se deben trabajar. Es el caso de la perseverancia en los desvinculados y los desplazados, la confianza en sí mismos en desvinculados y desplazados, el aprender a manejar la soledad en estos dos mismos grupos, así como la ecuanimidad, mientras que

la satisfacción personal debe ser fortalecida en huérfanos y desplazados.

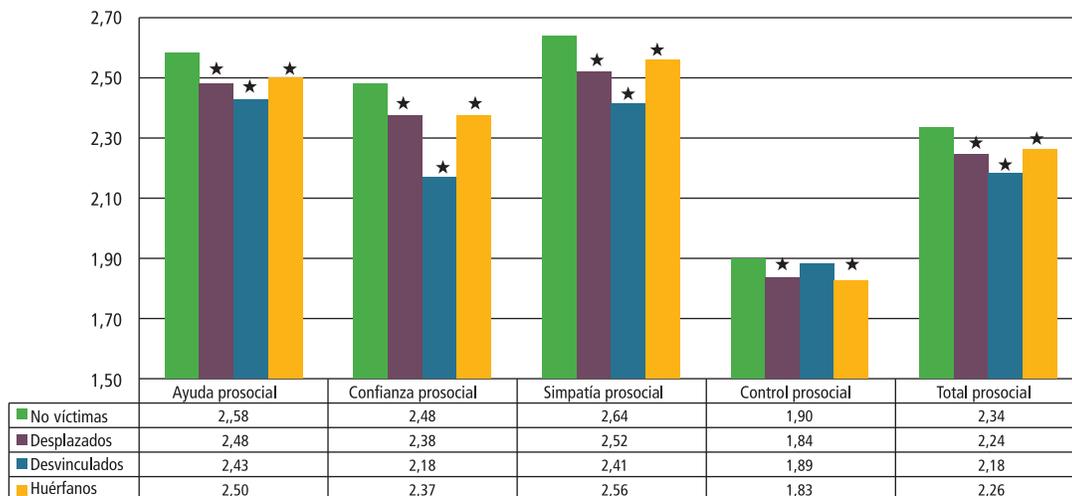
Estas comparaciones se hacen significativas en el momento de contrastar con el grupo de no víctimas, lo que hace pensar que la resiliencia debe ser potenciada en los distintos programas de atención psicosocial, teniendo en cuenta los elementos del temperamento y los del contexto externo.

Gráfica 74. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas en indicadores de procesos de juicio moral



En relación con el proceso de juicio moral, en la Gráfica 74 es evidente que los más afectados son los niños desvinculados en todas las categorías desagregadas del indicador. Sin embargo, vale la pena revisar el desplazamiento y difusión de la responsabilidad que también se presenta en desplazados y esta última en huérfanos, mientras que la distorsión de las consecuencias solo en huérfanos.

**Gráfica 75. Descripción del grupo de víctimas versus no víctimas en indicadores de comportamiento prosocial**



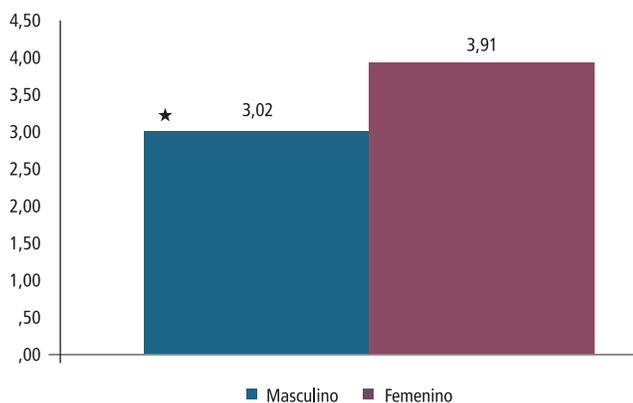
Como se ve en la Gráfica 75, en el comportamiento prosocial, la diferencia entre víctimas y no víctimas es estadísticamente significativa, y el nivel de afectación es similar entre desplazados, desvinculados y huérfanos en lo que se refiere a recibir y pedir ayuda. Asimismo, los desvinculados muestran menor confianza en los demás comparados con los otros, y más bajos niveles de simpatía. Los desplazados y los huérfanos presentan mayores dificultades con el control social.

### 5.1.4 Análisis de diferencias por sexo, edad, etnia, por hecho victimizante

Los siguientes resultados muestran algunas diferencias en los puntajes de los indicadores psicosociales por sexo y edad en aquellos hechos victimizantes para los cuales se pudieron hacer estos análisis.

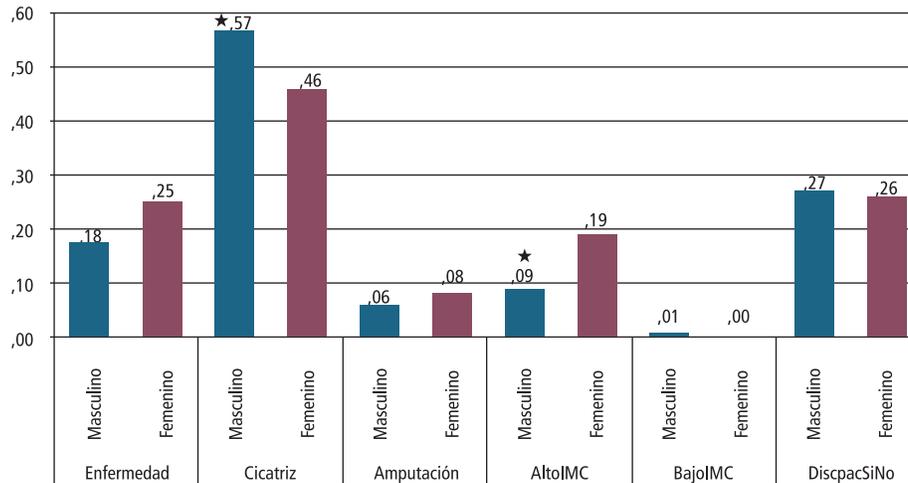
En cuanto al análisis de los impactos y las diferencias en la muestra por hecho victimizante y los grupos por minoría étnica, se encontró que para todos los casos, la condición de minoría tiene mayor impacto en los indicadores psicosociales analizados.

**Gráfica 76. Comparación de resultados por sexo para indicadores de salud: síntomas en desvinculados**



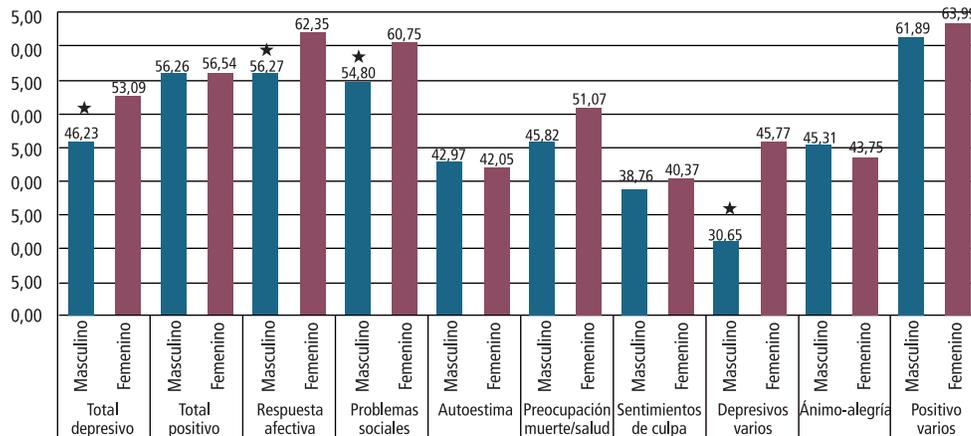
En la Gráfica 76, los resultados muestran que las niñas tienen mayor tendencia a mostrar síntomas físicos comparadas con los niños.

Gráfica 77. Comparación de resultados por sexo para indicadores de salud, otros indicadores: desvinculados



En la Gráfica 77 se observan las diferencias entre niños y niñas en los indicadores de salud. Los niños tienen más cictrices que las niñas.

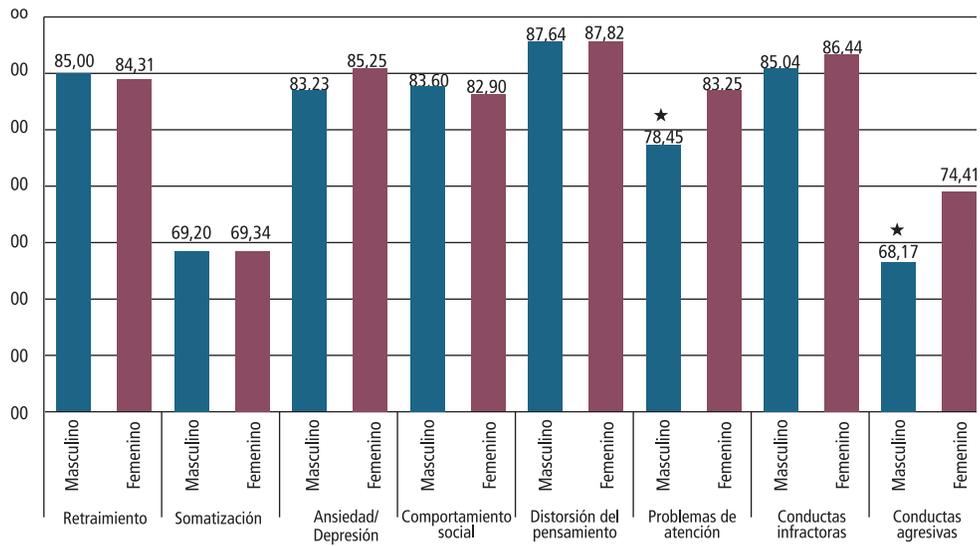
Gráfica 78. Comparación de resultados por sexo para indicadores asociados al afecto en desvinculados



Los indicadores asociados al afecto muestran en la Gráfica 78 datos diferenciales importantes entre niños y niñas. La significancia es evidente para las categorías de tristeza e indefensión, para la presencia del afecto negativo, para los problemas sociales y en los indicadores adicionales a la

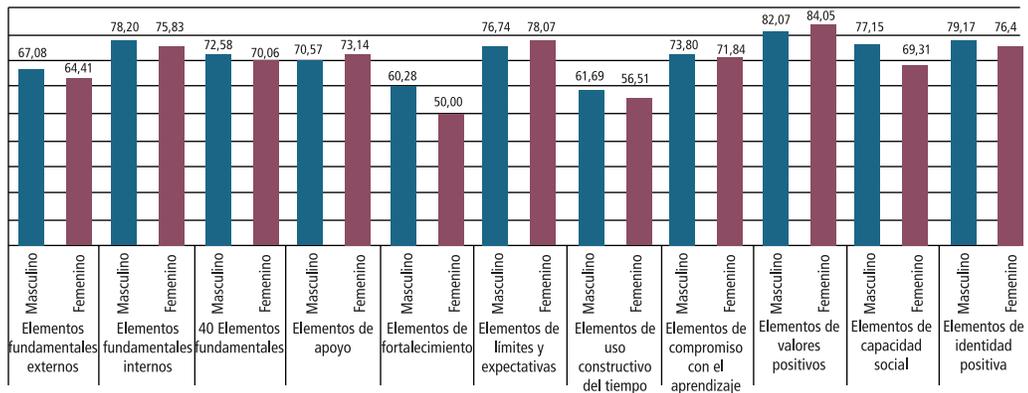
depresión. Aunque la presencia de estos indicadores no está en un nivel clínico, sí muestra un nivel de riesgo para presentar el cuadro, si no hay intervenciones psicosociales focalizadas en las necesidades específicas y apropiadas para la edad y el sexo. En este caso, las niñas muestran mayor riesgo que los niños.

Gráfica 79. Comparación de resultados por sexo para indicadores asociados a los procesos emocionales internos y externos en desvinculados



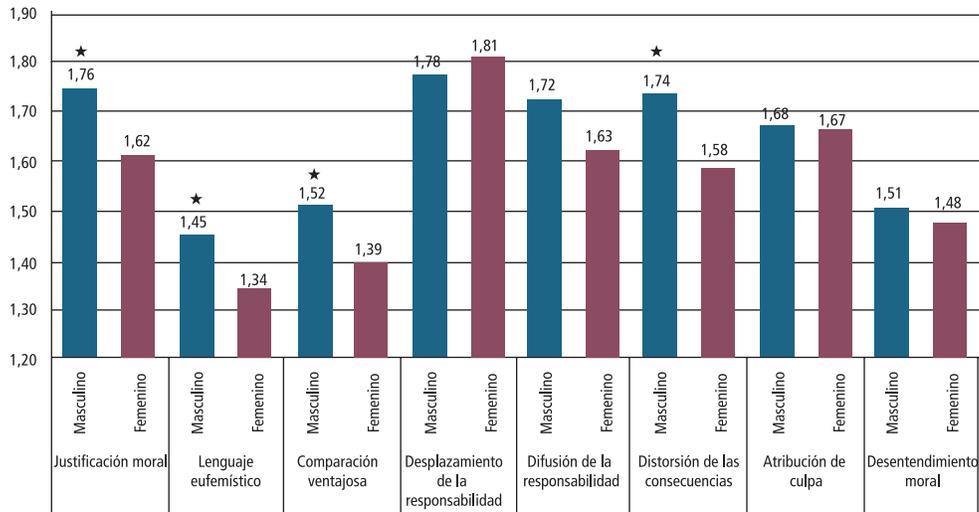
En el caso de los procesos emocionales internos y externos, las diferencias por sexo son significativas para los procesos de atención y para la conducta agresiva, en las cuales las tendencias muestran mejor atención en los niños y mayor conducta agresiva en las niñas.

Gráfica 80. Comparación de resultados por sexo para indicadores de desarrollo integral en desvinculados



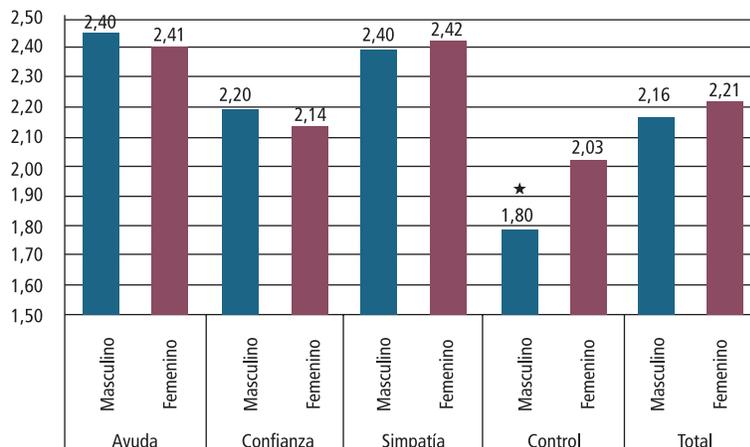
En el caso de los indicadores de desarrollo integral, la Gráfica 80 muestra que la significancia se da principalmente en el uso constructivo del tiempo y en la capacidad social. En el primero, los niños muestran más dificultades que las niñas en organizar su tiempo y menores competencias sociales.

**Gráfica 81. Comparación de resultados por sexo para indicadores de procesos de juicio moral en desvinculados**



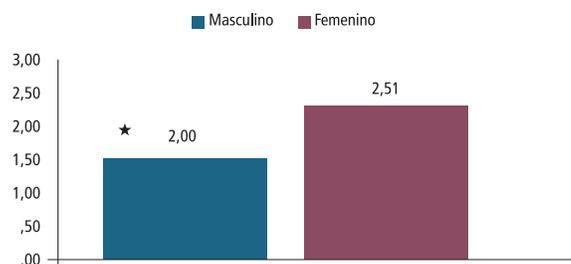
En los procesos de juicio moral, hay diferencias significativas entre niños y niñas. Los datos muestran que los niños tienden más a utilizar la justificación moral de sus actos, el lenguaje eufemístico, la comparación ventajosa y la distorsión de las consecuencias.

**Gráfica 82. Comparación de resultados por sexo para indicadores de comportamiento prosocial en desvinculados**



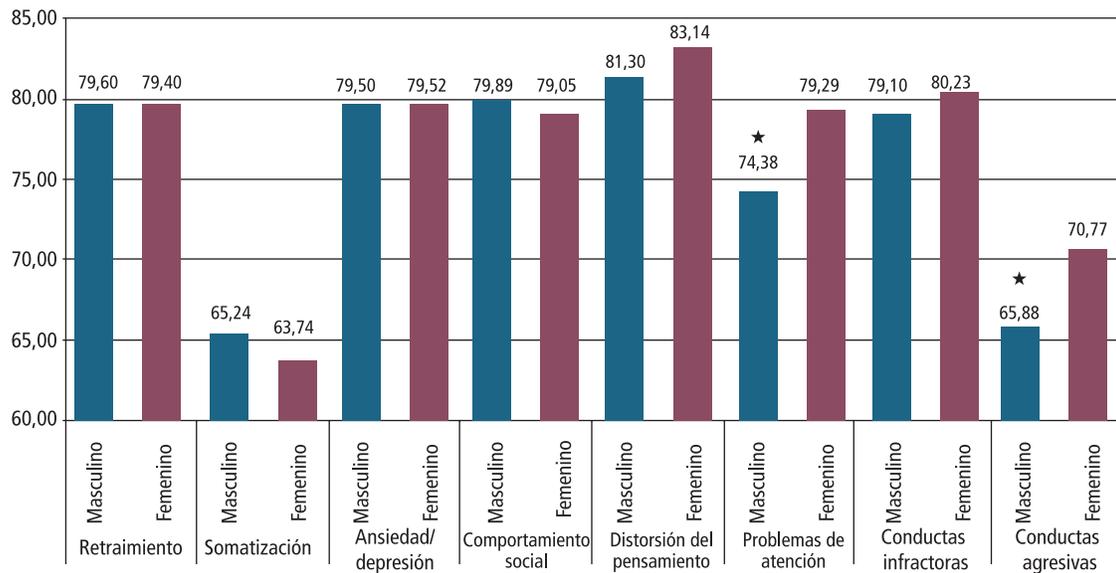
La conducta prosocial en niños y niñas muestra en la Gráfica 82 diferencias significativas en las habilidades de control, siendo las niñas más hábiles que los niños.

**Gráfica 83. Comparación de resultados por sexo para indicadores de salud: síntomas en desplazados**



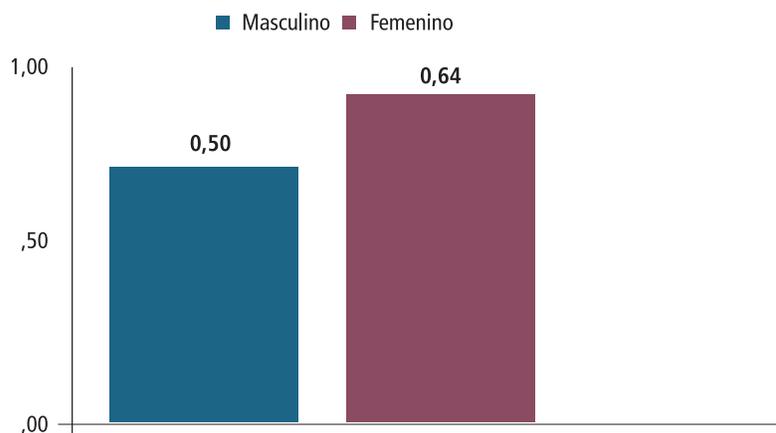
En cuanto a los indicadores de salud, en los niños, niñas y adolescentes desplazados hay diferencias significativas en la presencia de síntomas relacionados con diferentes enfermedades. Esto significa que las niñas tienen una tendencia mayor a presentarlos.

**Gráfica 84. Comparación de resultados por sexo para indicadores asociados a los procesos emocionales internos y externos en desplazados**



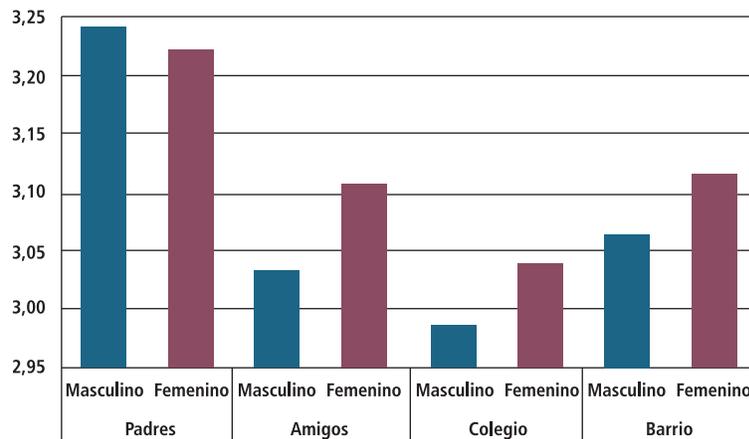
En la Gráfica 84 para las diferencias por sexo, en indicadores asociados a los procesos emocionales internos y externos, las niñas muestran mayores problemas con la atención y así mismo mayores conductas agresivas. Esto último debe analizarse a profundidad y vale la pena corroborarlo con los estudios de Loeber y Hay (1996) y Loeber y Farrington (2000).

**Gráfica 85. Comparación de resultados por sexo para indicadores de estrés postraumático en desplazados**



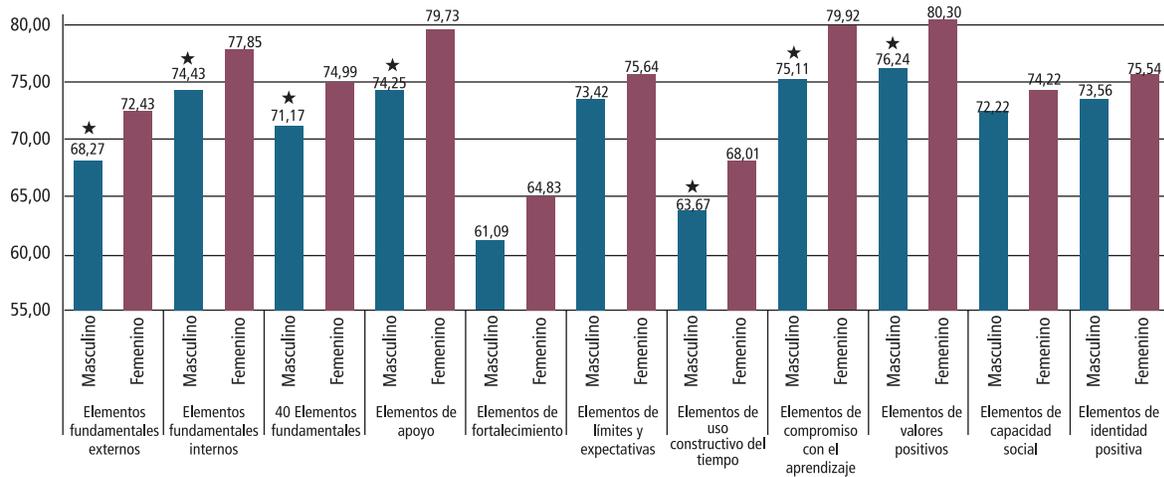
En cuanto al estrés postraumático, en la Gráfica 85 se muestran diferencias significativas entre niños y niñas, siendo las niñas desplazadas y desvinculadas las que muestran mayores indicadores

Gráfica 86. Comparación de resultados por sexo para indicadores de capacidad vincular en desplazados



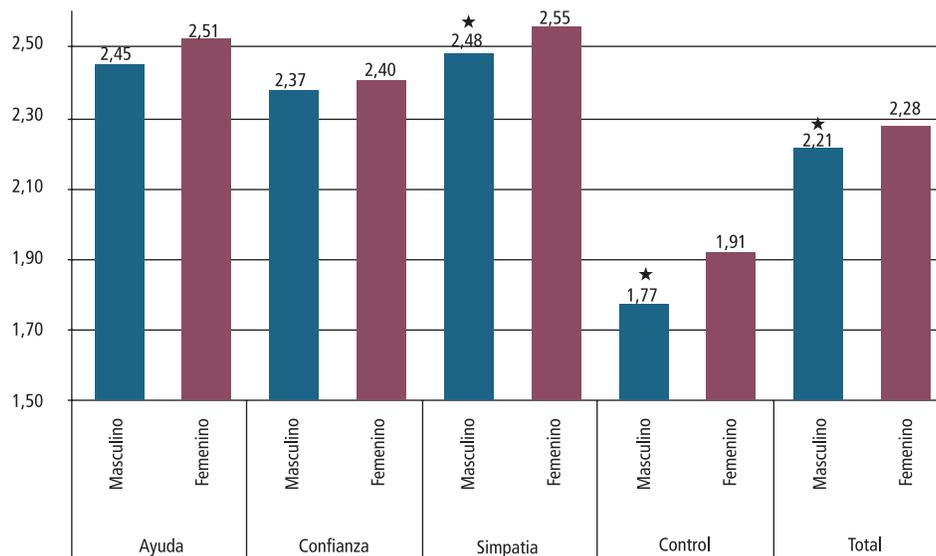
La comparación en cuanto a la capacidad vincular muestra diferencias solamente con amigos. En la Gráfica 86 se observa que las niñas tienen mejores puntajes en relación con esto.

Gráfica 87. Comparación de resultados por sexo para indicadores de desarrollo integral en desplazados



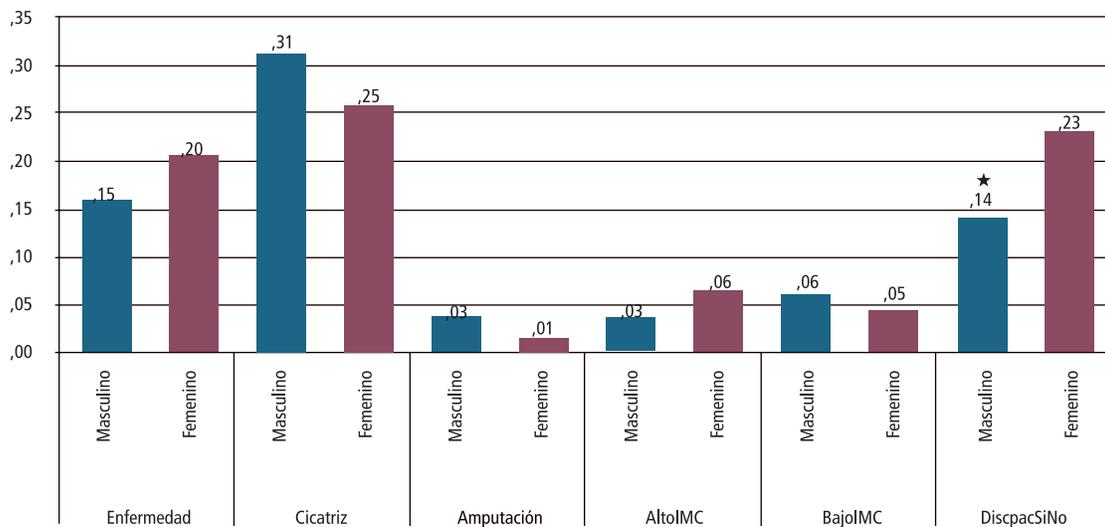
En cuanto al desarrollo integral, hay diferencias importantes entre niños y niñas. Los niños perciben menos apoyo que las niñas, y tienen mayores dificultades con el uso constructivo del tiempo, menores compromisos con el aprendizaje y menos claridad frente a los valores positivos que rigen sus vidas.

Gráfica 88. Comparación de resultados por sexo para indicadores de comportamiento prosocial en desplazados



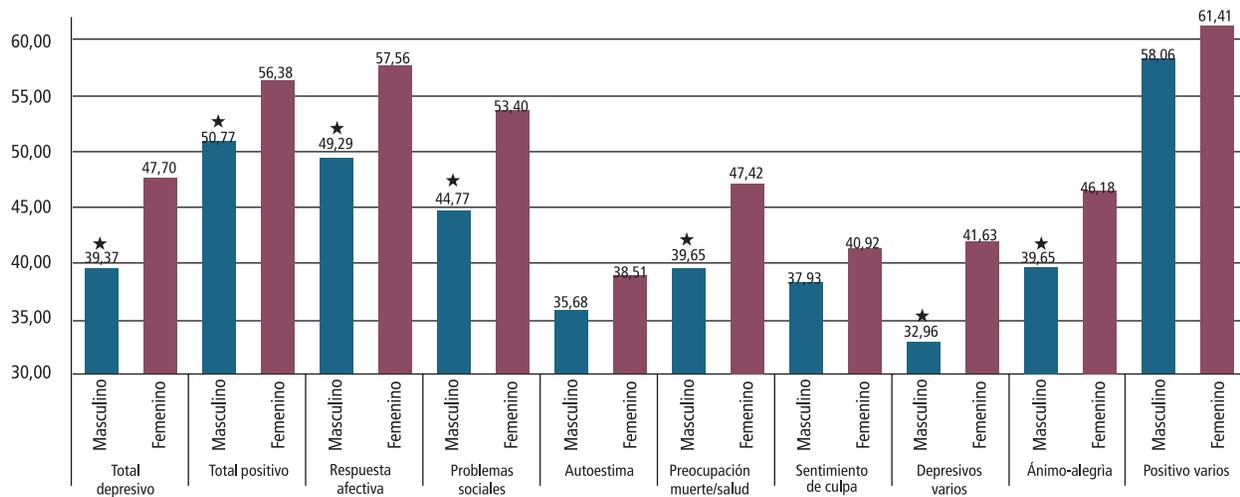
Se muestran diferencias significativas en las habilidades sociales entre niños y niñas. Las niñas tienen mejores habilidades sociales, mayor control y mejores rasgos de simpatía.

Gráfica 89. Comparación de resultados por sexo para indicadores de salud, otros indicadores en huérfanos



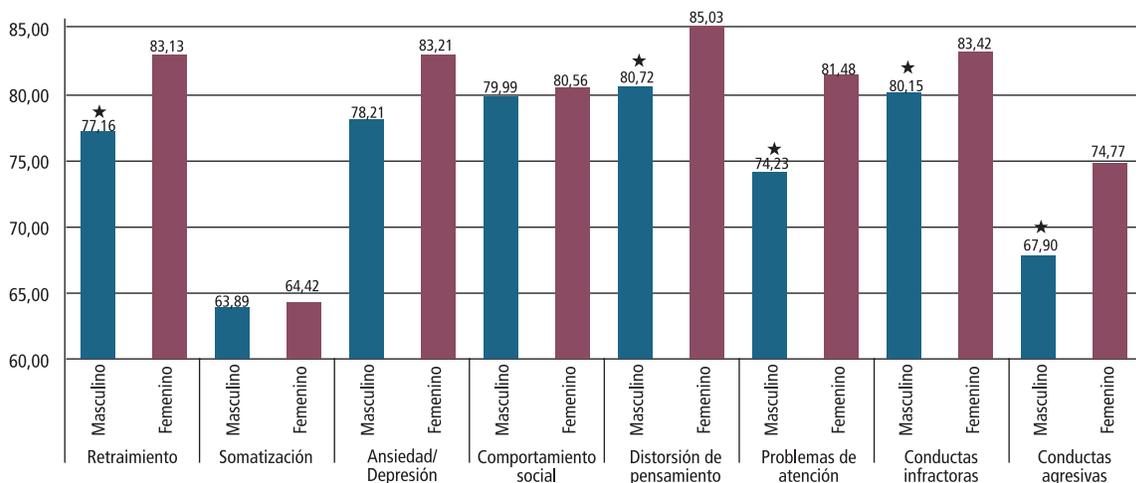
La Gráfica 89 muestra que en los huérfanos hay diferencias significativas en los indicadores de discapacidad en los que se reportan mayores índices para las niñas que para los niños.

**Gráfica 90. Comparación de resultados por sexo para indicadores asociados al afecto en huérfanos**



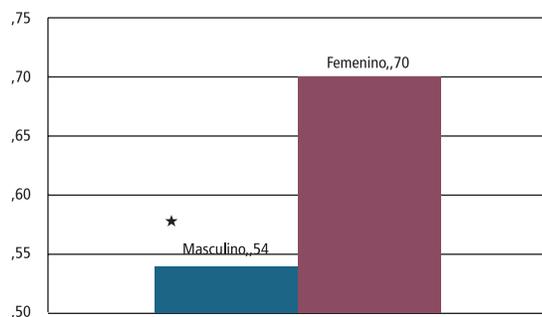
En la Gráfica 90 se muestran las diferencias significativas para los indicadores de estado de ánimo entre los niños y niñas huérfanos. Estas diferencias se dan básicamente en el total depresivo, el total positivo, la respuesta afectiva, los problemas sociales, la preocupación por la muerte y la salud y la incapacidad para sentir alegría y felicidad. Los resultados muestran que las niñas tienen mayor riesgo de presentar conductas depresivas que los niños.

**Gráfica 91. Comparación de resultados por sexo para indicadores asociados a los procesos emocionales internos y externos en huérfanos**



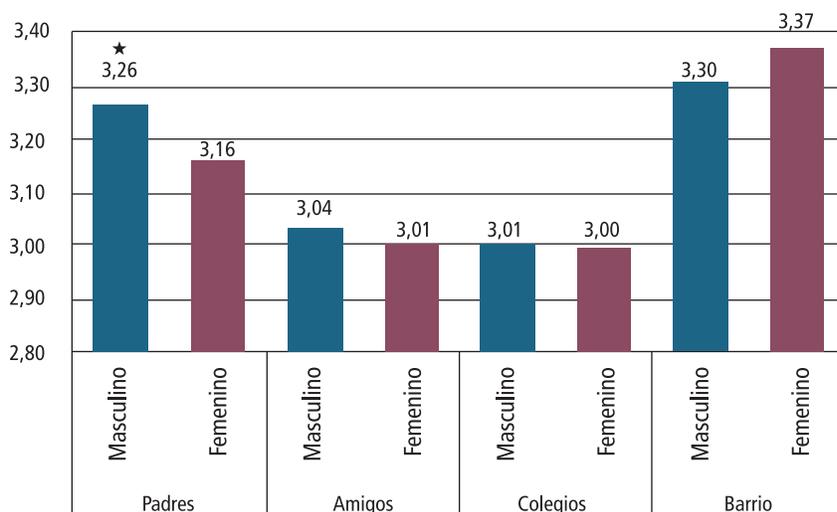
La Gráfica 91 las significancias para los procesos emocionales internos y externos muestran diferencias entre niños y niñas en retraimiento, ansiedad, pensamiento distorsionado, atención, conductas agresivas y conductas transgresoras de normas, en las que en casi todas los valores ponen a las niñas en situación de mayor riesgo comparadas con los niños, excepto para las conductas de transgresión de normas que los puntajes son muy cercanos.

Gráfica 92. Comparación de resultados por sexo para indicadores de estrés postraumático en huérfanos



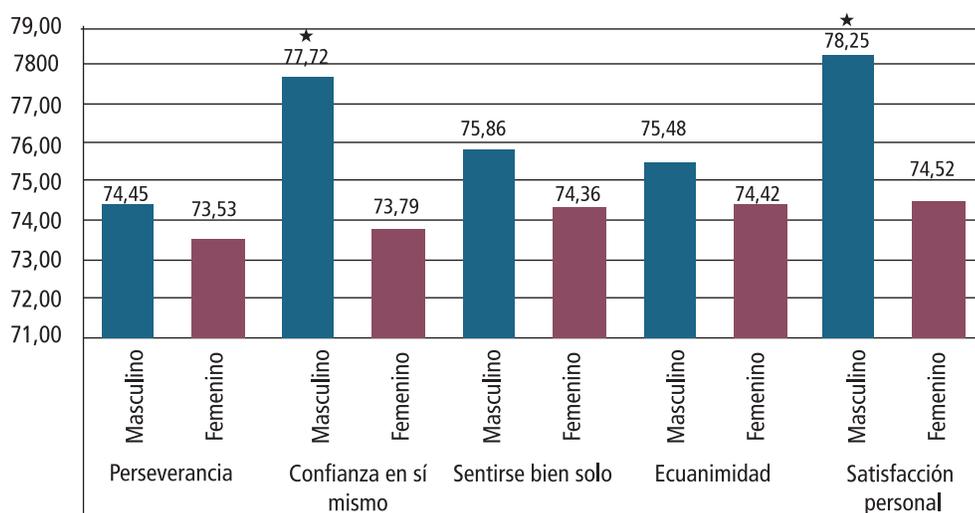
Las diferencias significativas muestran que las niñas presentan más indicadores de estrés postraumático que los niños. (Ver Gráfica 92)

Gráfica 93. Comparación de resultados por sexo para indicadores de capacidad vincular en huérfanos



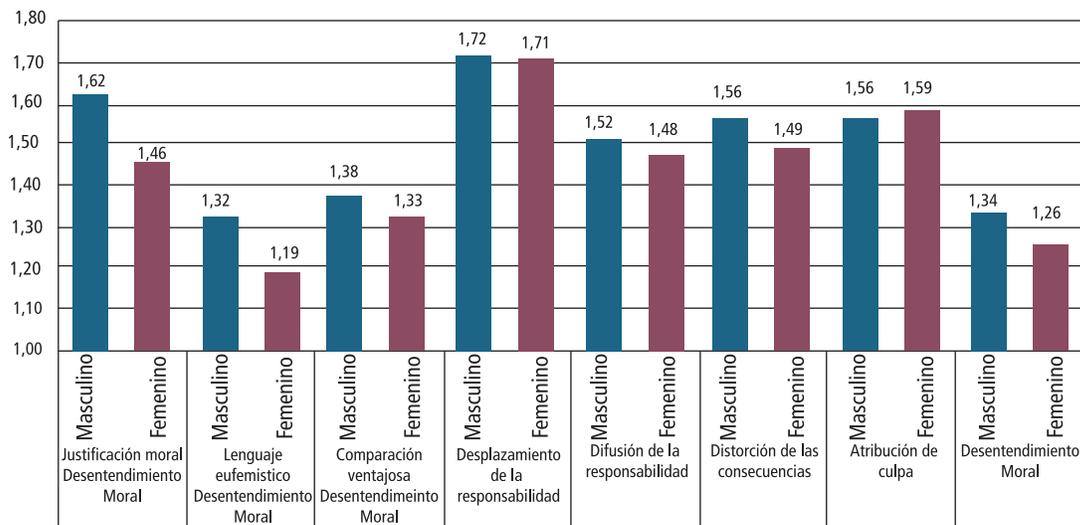
Los niños huérfanos presentan más dificultades para establecer vínculos con sus tutores o cuidadores.

Gráfica 94. Comparación de resultados por sexo para indicadores de resiliencia en huérfanos



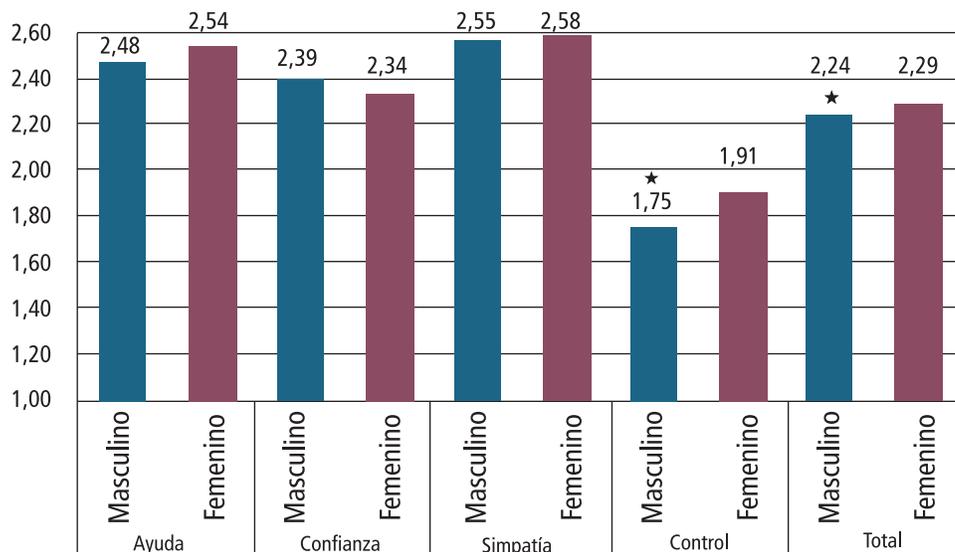
Las diferencias significativas en la resiliencia muestran, como se ve en la Gráfica 94, que los niños son más resilientes que las niñas en cuanto a la confianza en sí mismos y a la satisfacción personal.

Gráfica 95. Comparación de resultados por sexo para indicadores de procesos de juicio moral en huérfanos



Las diferencias entre sexo muestran que los niños están más afectados que las niñas, porque utilizan más mecanismos de justificación moral y lenguaje eufemístico.

Gráfica 96. Comparación de resultados por sexo para indicadores de comportamiento prosocial en huérfanos

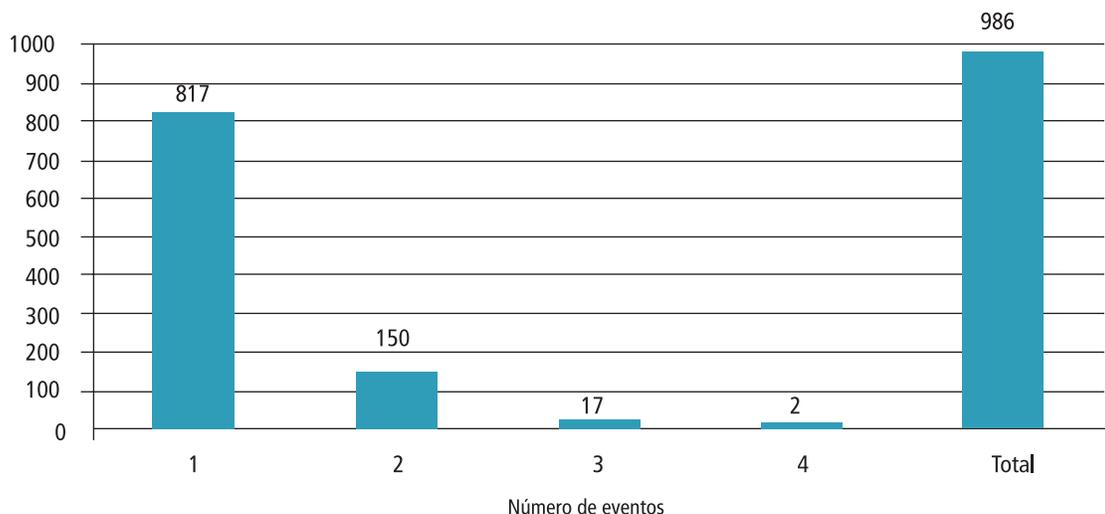


La Gráfica 96 muestra que hay diferencias significativas en el comportamiento prosocial, en el que las niñas muestran mejor control social y mejores habilidades sociales.

### 5.1.5 Análisis por acumulación de hechos victimizantes

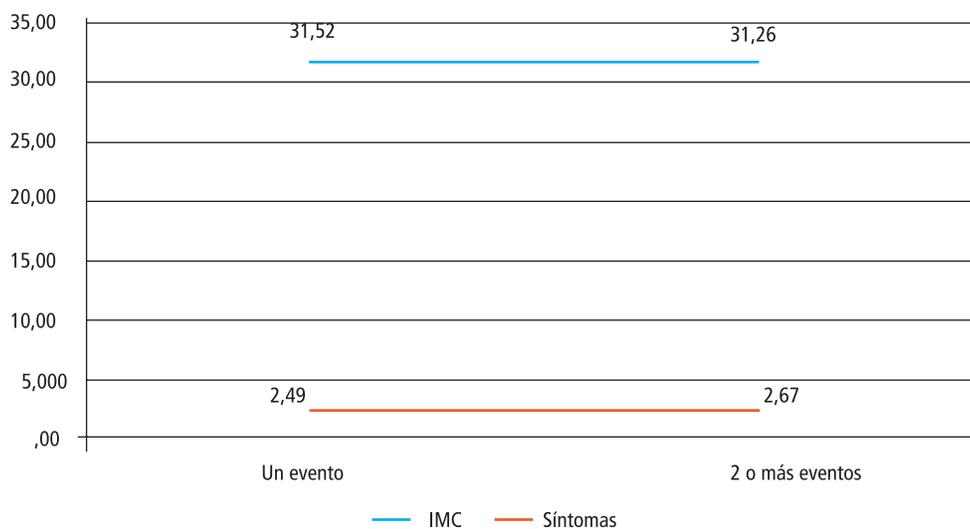
En este análisis se presentan los resultados que se observaron en los niños, niñas y adolescentes que estuvieron expuestos a más de una situación o hecho victimizante para cada uno de los indicadores psicosociales; así mismo la distribución de la muestra para este análisis.

Gráfica 97. Datos descriptivos para acumulación



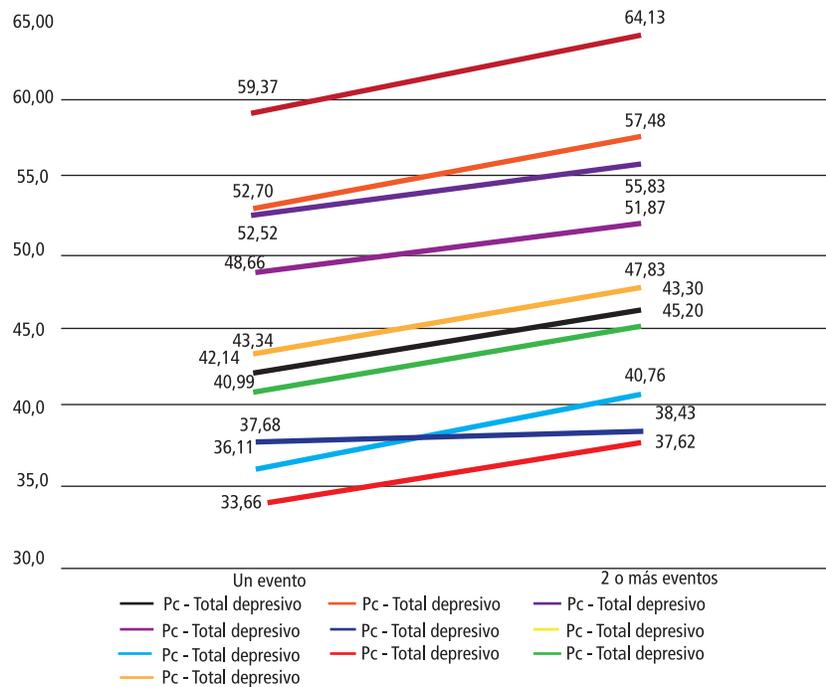
En la Gráfica 97 se observa que de la muestra de estudiados, 817 fueron expuestos a un solo hecho victimizante, según reporte, mientras que 150 niños, niñas y adolescentes fueron expuestos a dos hechos victimizantes, 17 niños niñas y adolescentes a tres hechos victimizantes y dos niños a cuatro hechos victimizantes. Esto muestra que existe un nivel de acumulación por exposición que debe ser analizado para las intervenciones.

Gráfica 98. Indicadores de salud física por acumulación



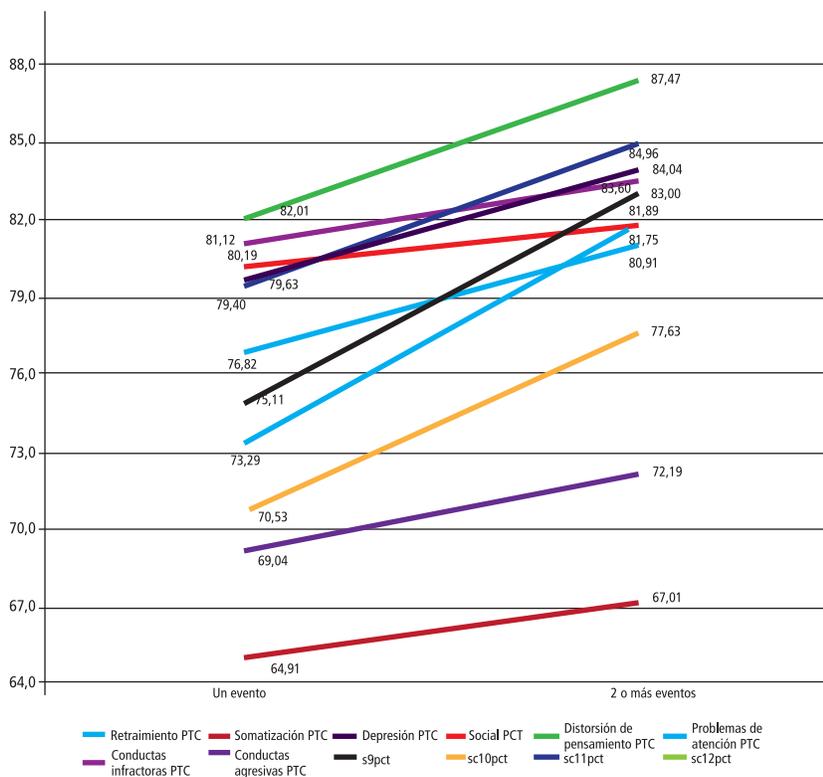
En la Gráfica 98 se observa que en relación con el IMC, no hay variación por el evento de acumulación. Pero en el caso de síntomas físicos sí se observa una variabilidad sensible, es decir, entre más hechos mayor frecuencia de síntomas físicos.

**Gráfica 99. Indicadores asociados al afecto por acumulación**



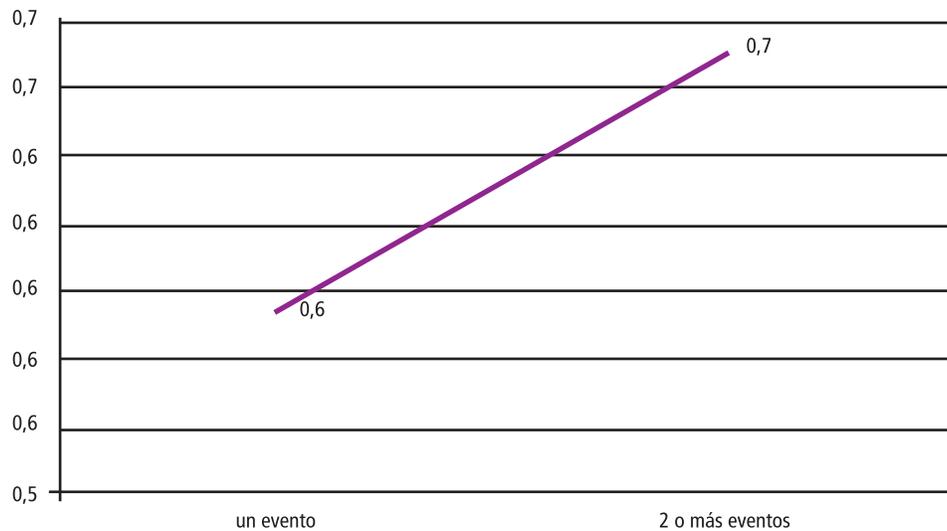
En la Gráfica 99 se muestran los valores de los puntajes obtenidos por los niños, niñas y adolescentes en los indicadores asociados al afecto según el número de eventos. Se observa que para todos los indicadores, en los totales depresivos, positivos, la regulación del afecto, los problemas sociales, la preocupación por la muerte, el ánimo y la alegría y el sentimiento de culpa se da un incremento entre el grupo expuesto a un evento versus el grupo expuesto a dos o más eventos. En el único indicador en que los puntajes permanecen estables es en la autoestima.

**Gráfica 100. Indicadores asociados a los procesos internalizantes y externalizantes**



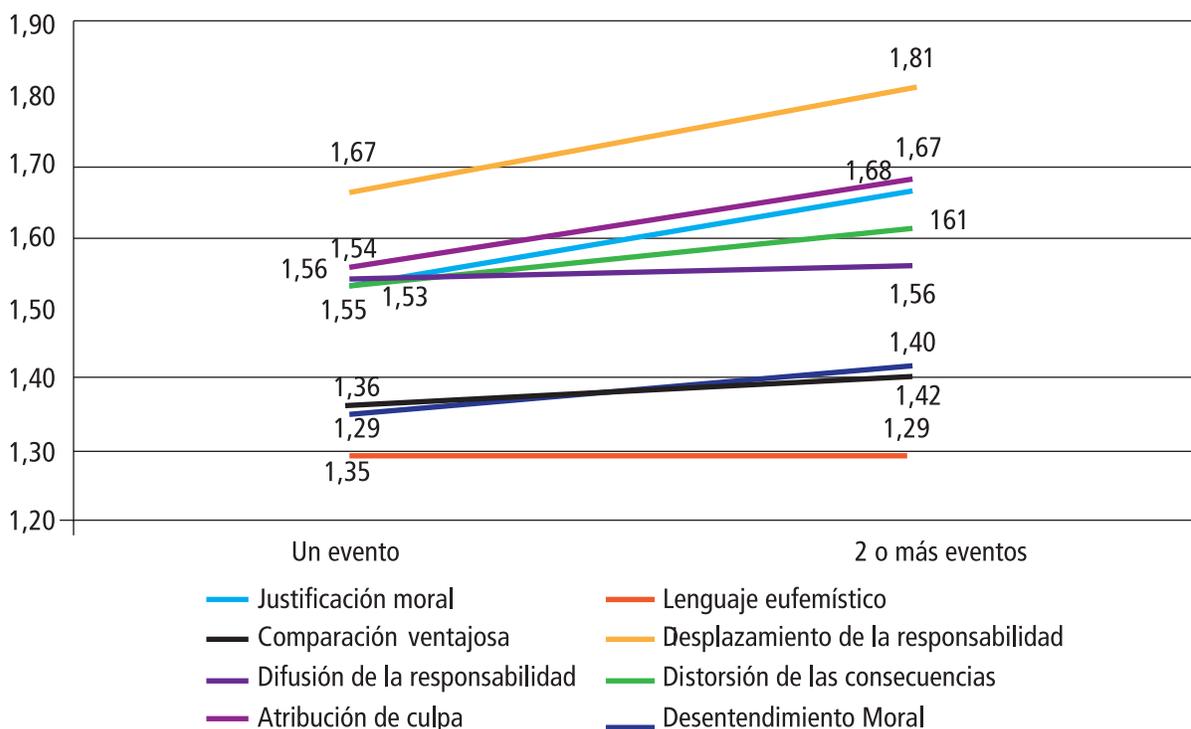
En la Gráfica 100 se nota una variabilidad importante comparando la población expuesta a un evento versus dos o más. Los indicadores que cambian son la ansiedad, la atención, la agresión, el retraimiento y las quejas somáticas. Cuando se presenta una conducta agresora y problemas sociales, la afectación permanece similar para uno y dos eventos de exposición.

**Gráfica 101. Indicadores asociados al estrés postraumático por acumulación**



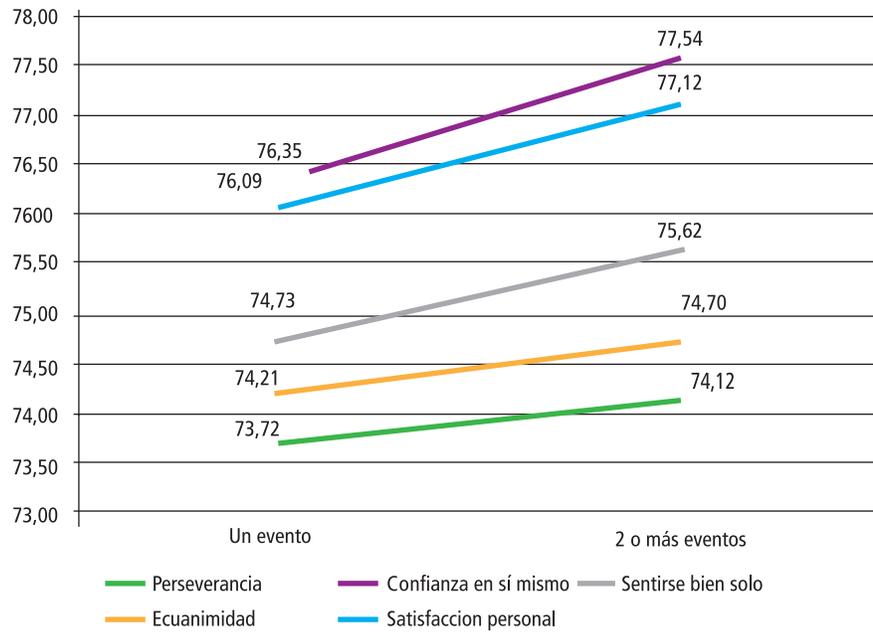
En la Gráfica 101, el factor de acumulación muestra para el trastorno de estrés un efecto importante de aumento en la variabilidad del puntaje cuando el grupo ha estado expuesto a uno en comparación con dos o más eventos o hechos victimizantes.

**Gráfica 102. Indicadores asociados a procesos de juicio moral por acumulación**



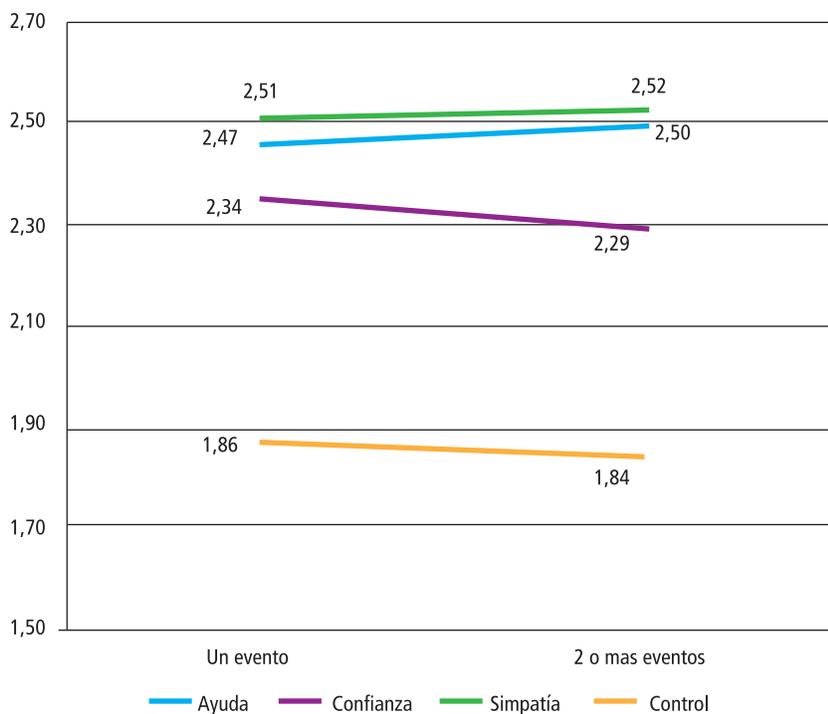
En la Gráfica 102, la variabilidad entre los expuestos a un evento versus los expuestos a uno o más muestra que los incrementos se dan para las diferentes categorías desagregadas, excepto para el lenguaje eufemístico (hablar al otro con un componente de discapacidad social).

**Gráfica 103. Indicadores asociados a la resiliencia por acumulación**



En relación con la resiliencia, la Gráfica 103 muestra que a mayor número de eventos mayor capacidad de resiliencia.

**Gráfica 104. Indicadores de conductas prosociales por acumulación**



En la Gráfica 104 se muestra que no hay variabilidad entre un evento o dos o más. El nivel de afectación es de tal impacto con un solo evento que en las diferentes exposiciones no se observan cambios sensibles.

### 5.1.6 Diferencias por modalidad de atención

El análisis de diferencias por modalidad de atención se realizó para niños, niñas o adolescentes desplazados, desvinculados y huérfanos. Para las otras afectaciones, el número de niños, niñas o adolescentes incluidos en el estudio no fue suficiente para poder identificar diferencias de acuerdo con la modalidad de atención.

Abajo se presentan los resultados de las diferencias en el estado de salud, los indicadores asociados al afecto, los procesos emocionales internos y externos, los indicadores de estrés postraumático, la capacidad de vínculo, el desarrollo

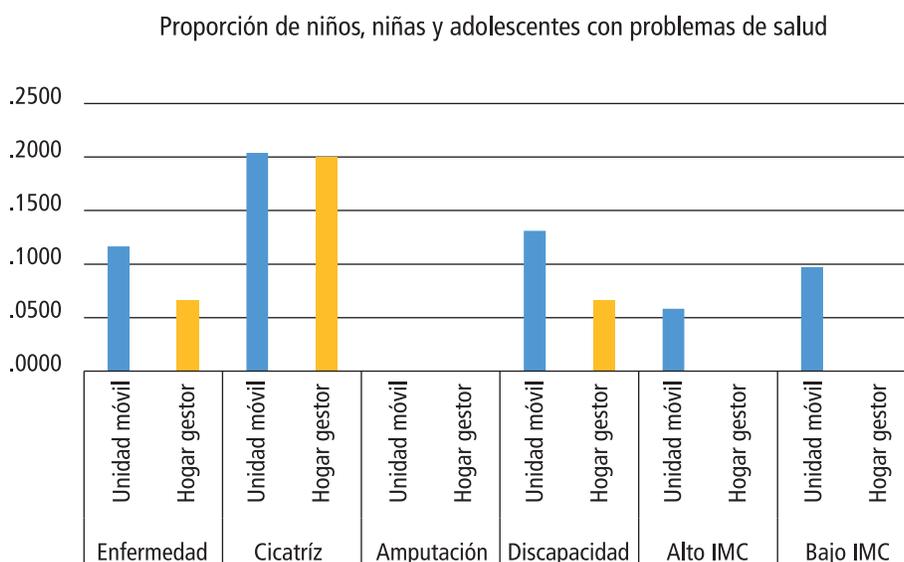
integral, los procesos de juicio moral, la resiliencia, el comportamiento prosocial y la empatía.

### Desplazados

Los niños, niñas o adolescentes desplazados que se incluyeron dentro del estudio estaban siendo atendidos por unidades móviles u hogares gestores. A continuación se presentan las diferencias de los niños, niñas o adolescentes desplazados de acuerdo con la modalidad de atención que estaban recibiendo.

La Gráfica 105 muestra las características del estado de salud física de los niños, niñas o adolescentes desplazados que han sido atendidos por unidad móvil (206) en comparación con las características de quienes han sido atendidos por el programa de hogar gestor (15).

Gráfica 105. Estado de salud física de los niños, niñas o adolescentes desplazados

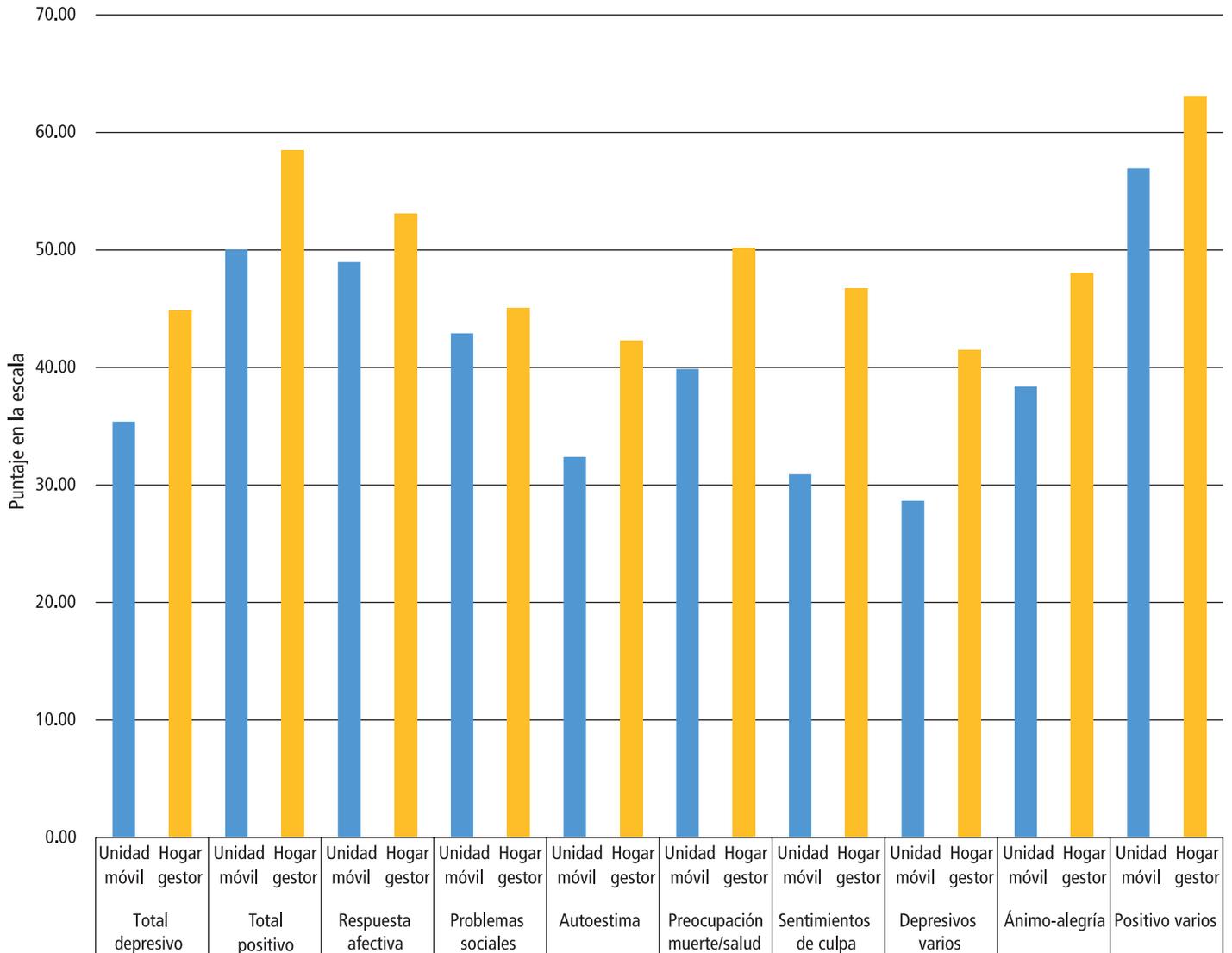


Las estrellas muestran las diferencias que son estadísticamente significativas. Los niños, niñas o adolescentes atendidos por unidad móvil reportan un mayor número de enfermedades, presentan con mayor frecuencia discapacidad y no hay un patrón claro en relación con el IMC. Ambos extremos muestran

deficiencias nutricionales. Como se aprecia en la Gráfica 105, ningún niño bajo el programa de hogar gestor presentaba alteraciones nutricionales, mientras que dentro de los atendidos por unidad móvil hay algunos niños, niñas o adolescentes con desnutrición.

Gráfica 106. Indicadores asociados al afecto en niños, niñas o adolescentes desplazados

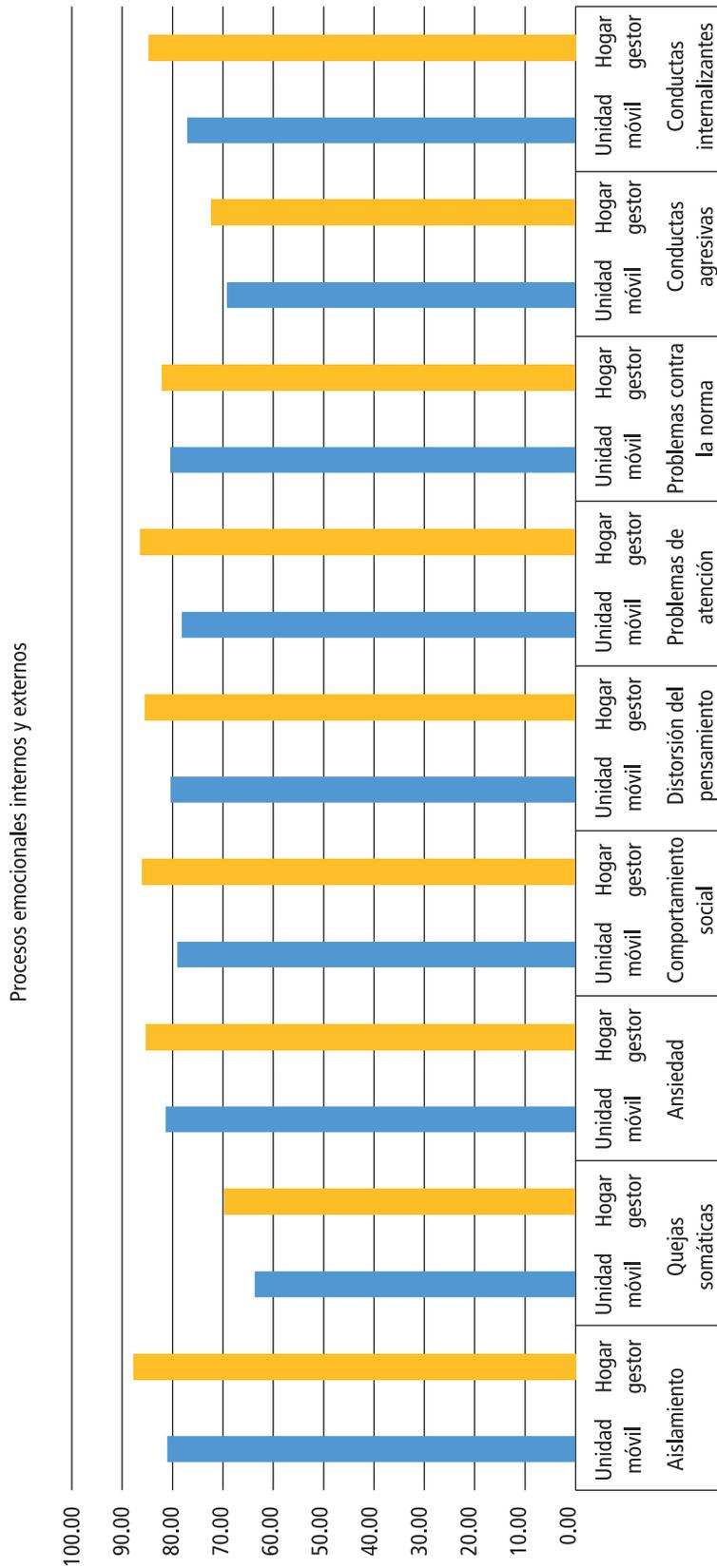
Indicadores asociados al afecto



En cuanto al afecto, los niños, niñas o adolescentes atendidos por el programa de hogar gestor (13) tenían un afecto más negativo al compararlos con aquellos atendidos por las unidades móviles (197), mostrando puntajes superiores en todos los indicadores del CDS.

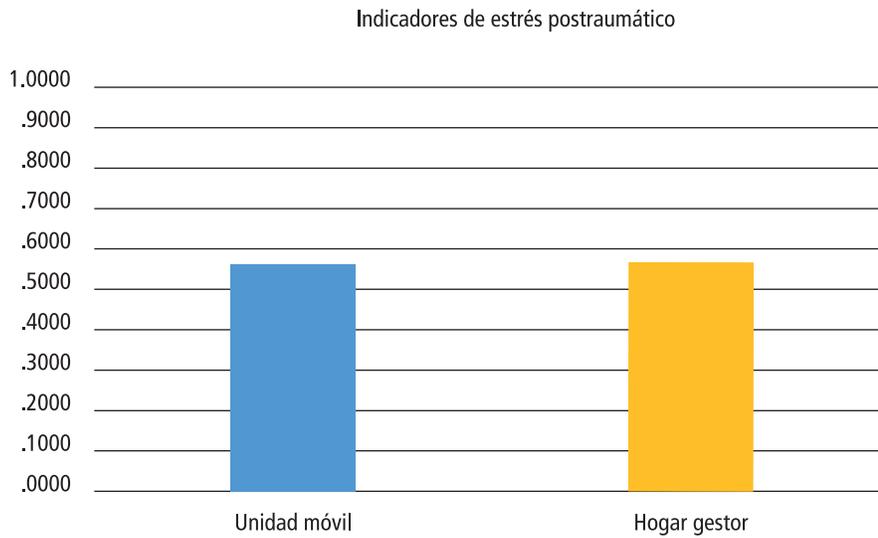
Estas diferencias fueron estadísticamente significativas para el total de síntomas depresivos, la presencia de sentimientos de culpa y los síntomas positivos varios. Los niños, niñas o adolescentes atendidos por el programa de hogar gestor tenían más síntomas positivos, más sentimientos de culpa y más signos de falta de elementos positivos del afecto (Gráfica 106).

Gráfica 107. Procesos emocionales internos y externos en niños, niñas o adolescentes



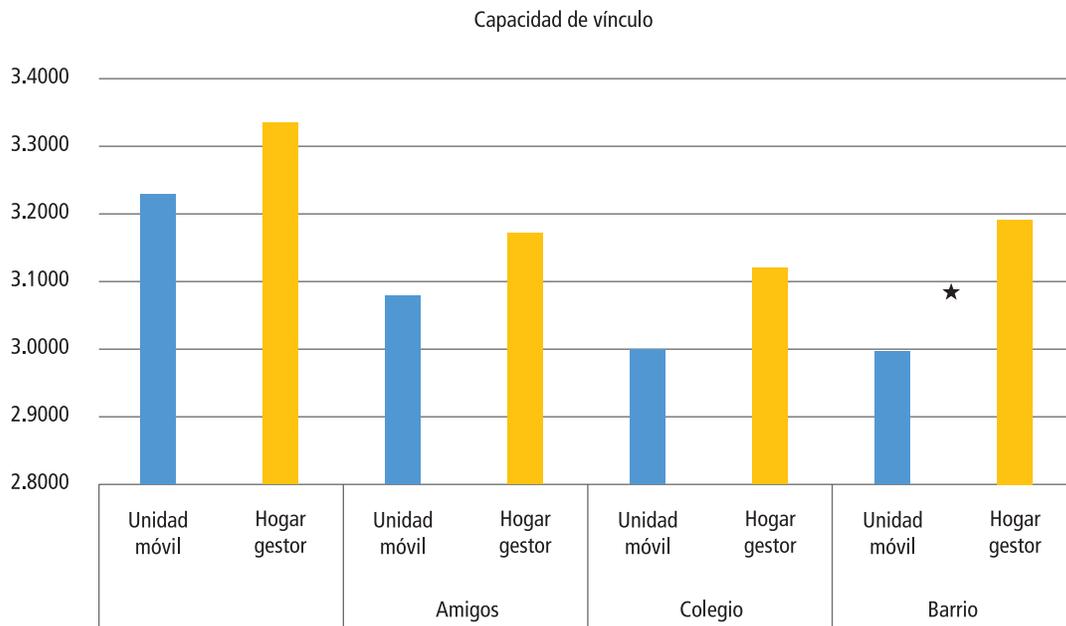
Los procesos emocionales internos y externos se muestran en la Gráfica 107. Los niños, niñas o adolescentes atendidos por el programa de hogar gestor (11) presentaron puntajes más altos sugestivos de problemas de comportamiento tanto internalizante como externalizante, al compararlos con los niños, niñas o adolescentes atendidos por las unidades móviles (164). La única diferencia estadísticamente significativa se presentó en la escala de ansiedad.

Gráfica 108. Indicadores de estrés postraumático



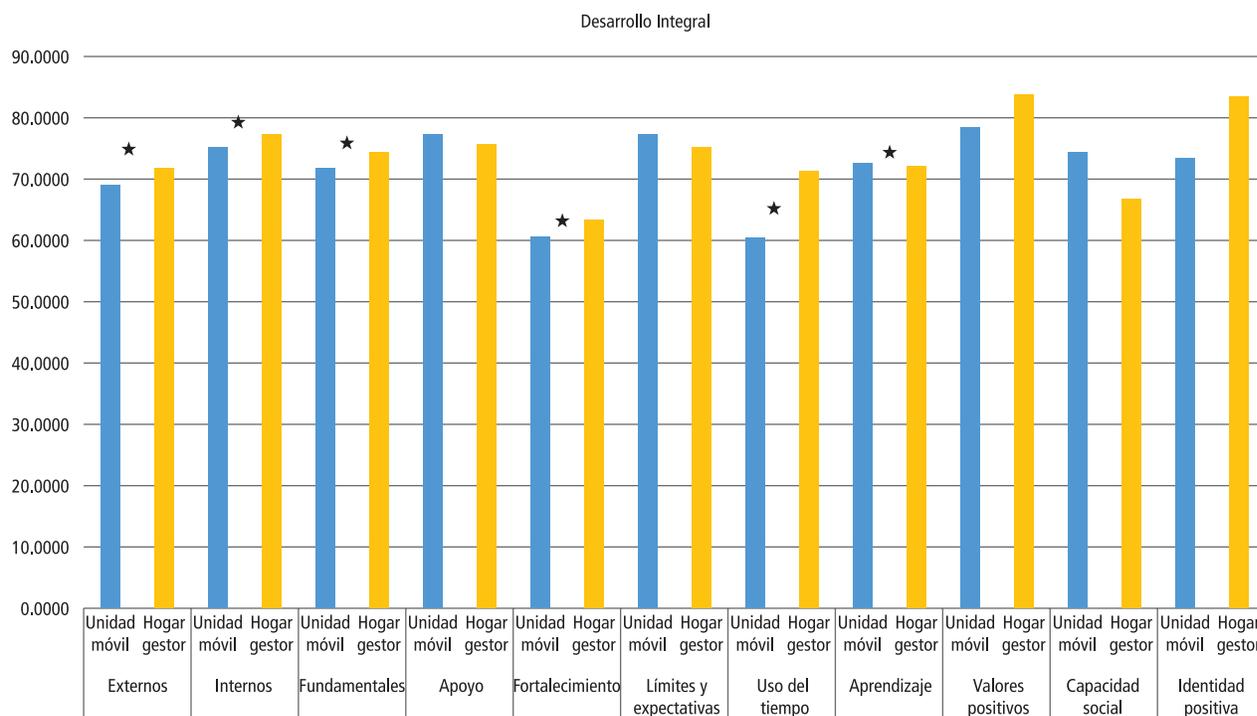
Para los indicadores de estrés postraumático no se presentaron diferencias entre los niños, niñas o adolescentes atendidos por las unidades móviles (206) y aquellos atendidos por los hogares gestores (15) (Gráfica 108).

Gráfica 109. Capacidad de vínculo



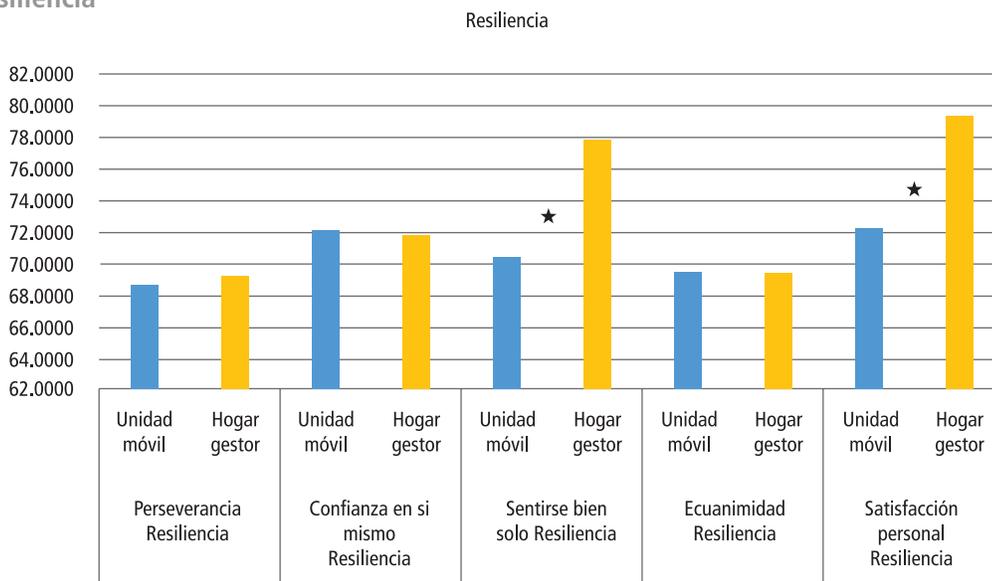
Al comparar los niños, niñas o adolescentes atendidos por las unidades móviles (206) con aquellos atendidos por los hogares gestores (15), los primeros tuvieron menor capacidad de vínculo que los atendidos por los hogares gestores. Esto es cierto para los vínculos con los padres, amigos, colegio y barrio; sin embargo, la única diferencia que mostró significancia estadística fue la de la capacidad de vínculo en el barrio (Gráfica 109).

Gráfica 110. Desarrollo integral



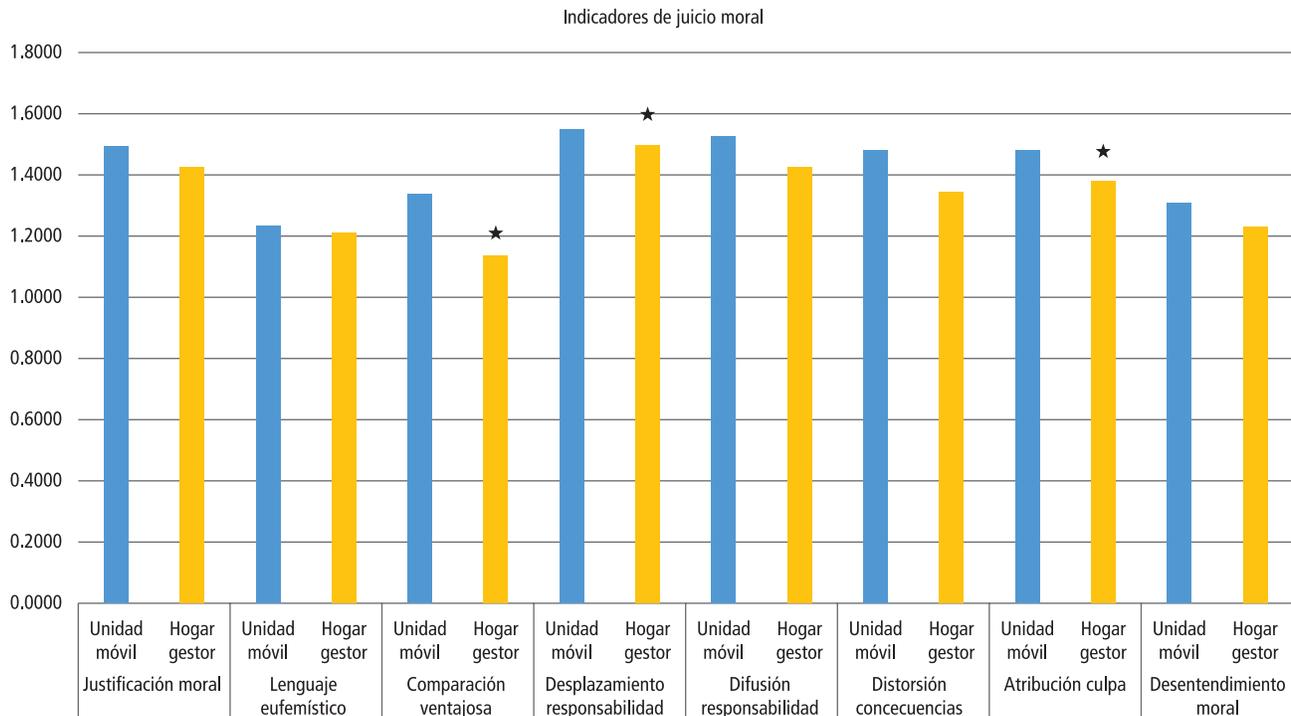
En general, los niños, niñas o adolescentes desplazados atendidos por hogares gestores (15) obtuvieron puntajes más altos en los elementos del desarrollo integral al ser comparados con aquellos atendidos por las unidades móviles (206). La única excepción se dio en el aprendizaje, en el cual puntuaron más alto los niños, niñas o adolescentes atendidos por las unidades móviles.

Gráfica 111. Resiliencia



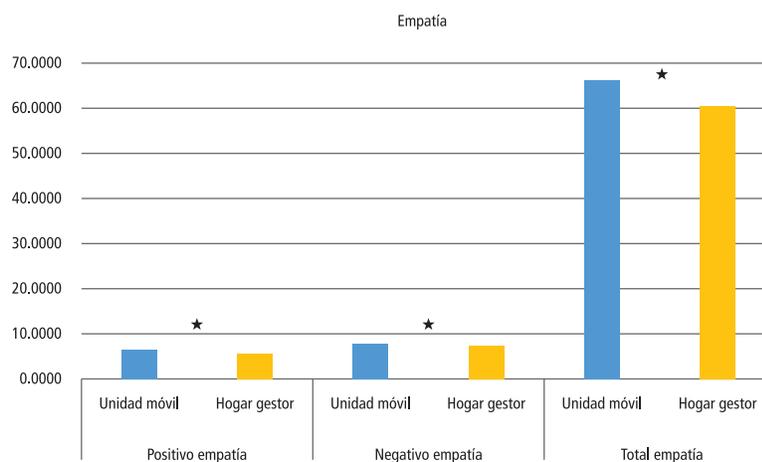
En cuanto a resiliencia, los niños, niñas o adolescentes atendidos por hogar gestor (14) tuvieron puntajes más altos que aquellos atendidos por unidad móvil (205). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas para perseverancia, sentimientos de bienestar y satisfacción personal. Los niños, niñas o adolescentes atendidos en hogar gestor fueron más perseverantes, tuvieron mayores sentimientos de bienestar y una mayor satisfacción personal. Las demás características fueron muy semejantes entre los dos grupos (Gráfica 111).

Gráfica 112. Indicadores de juicio moral



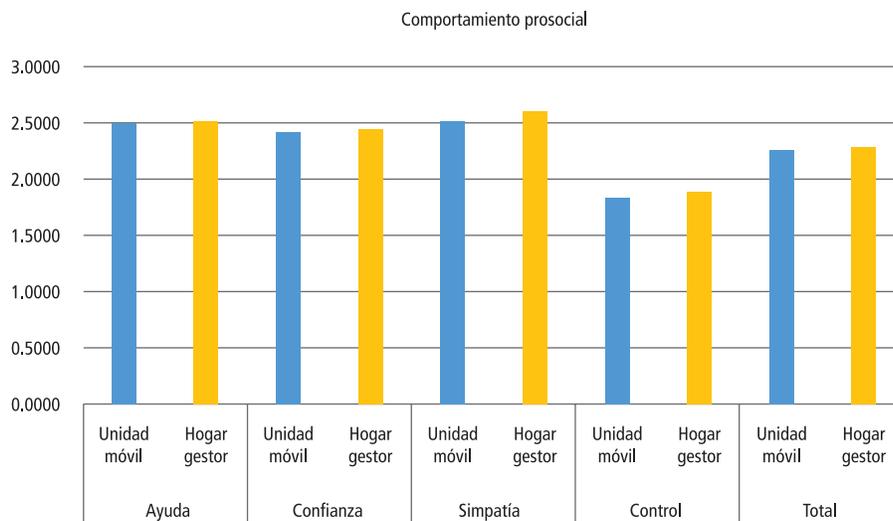
Los indicadores de juicio moral fueron más altos en los niños, niñas o adolescentes desplazados atendidos por las unidades móviles (198) al compararlos con aquellos atendidos por los hogares gestores (13). Los indicadores que presentaron diferencias estadísticamente significativas son comparación ventajosa, desplazamiento de la responsabilidad y atribución de culpa. Es decir, los niños, niñas o adolescentes atendidos por hogar gestor con mayor frecuencia utilizaban comparación ventajosa a su favor, no se hacían responsables de sus actos y atribuían culpas no debidas (Gráfica 112).

Gráfica 113. Empatía



La empatía fue mayor en los niños, niñas y adolescentes desplazados atendidos por las unidades móviles (N=203) al compararlos con aquellos atendidos por el hogar gestor. Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Gráfica 113).

Gráfica 114. Comportamiento prosocial



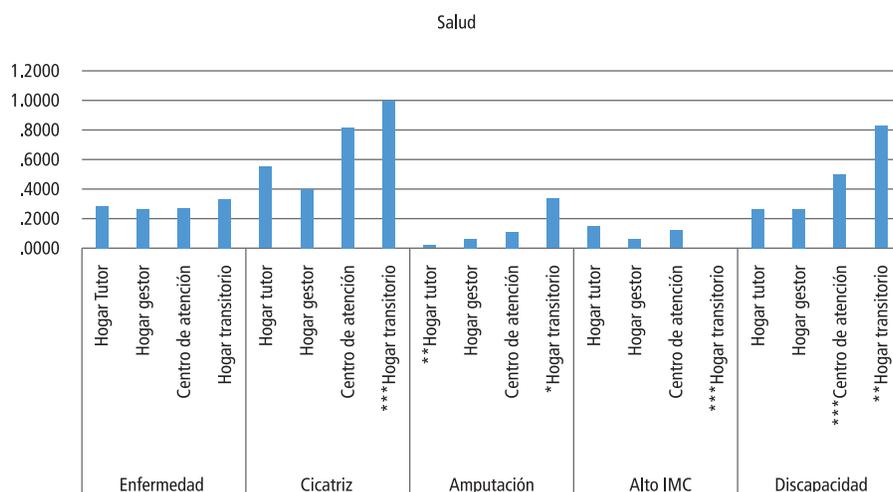
Finalmente, el comportamiento prosocial fue muy similar en los dos grupos (Gráfica 114).

En resumen, los niños, niñas y adolescentes desplazados atendidos por los hogares gestores están mejor en su estado de salud, capacidad de vínculo, desarrollo integral y resiliencia, mientras que los niños, niñas y adolescentes desplazados atendidos por las Unidades móviles están mejor en afecto, comportamiento, juicio moral y empatía. Lo anterior permite concluir que ningún mecanismo de atención es particularmente bueno, cada uno tiene cosas que mejorar y aprender del otro.

### Desvinculados

Los niños, niñas y adolescentes desvinculados que participaron en el estudio estaban siendo atendidos por hogar tutor (112), hogar gestor (15), centro de atención (62) u hogar transitorio(6).

Gráfica 115. Características de salud de niños, niñas o adolescentes desvinculados por modalidad de atención recibida

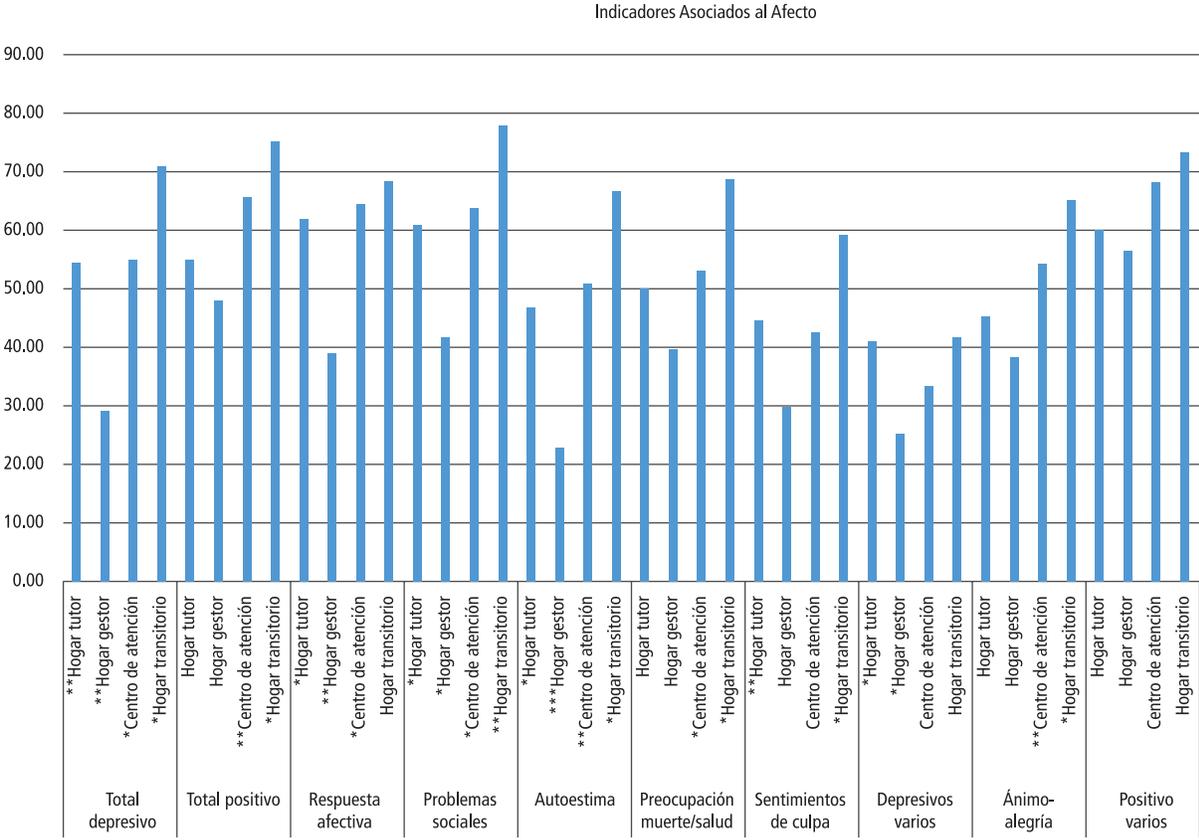


La Gráfica 115 muestra las características de salud de los niños, niñas y adolescentes desvinculados por modalidad de atención recibida.

Los niños, niñas y adolescentes atendidos en hogar transitorio presentaron con mayor frecuencia cicatrices, amputaciones y discapacidad al compararlos con el resto. Por su parte, los niños, niñas y adolescentes atendidos en centro de atención presentaron con mayor frecuencia discapacidad.

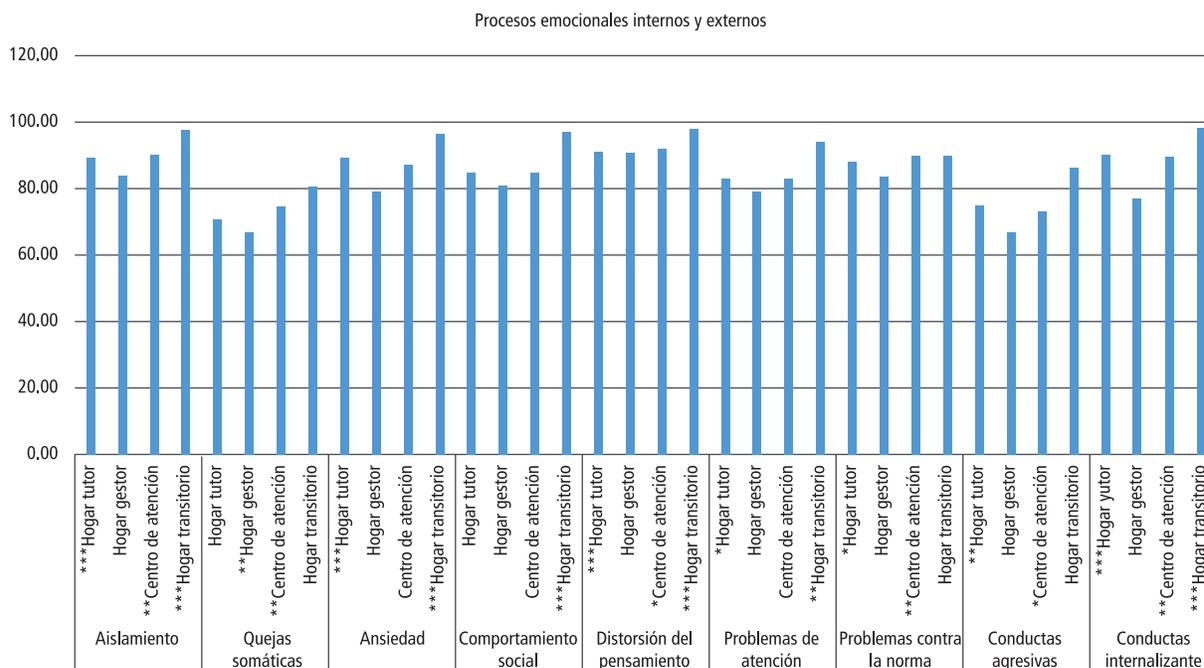
En cuanto a los indicadores asociados al afecto, se encuentran diferencias significativas de acuerdo con la modalidad de atención que estaban recibiendo los niños, niñas y adolescentes desvinculados. Los atendidos por hogar gestor tuvieron menores puntajes en todas las subescalas al compararlos con los que recibieron una modalidad de atención diferente. Por su parte, los niños, niñas y adolescentes atendidos en hogar transitorio presentaron los puntajes más altos seguidos por quienes fueron atendidos en centro de atención.

**Gráfica 116. Indicadores asociados al afecto en niños, niñas o adolescentes desvinculados de acuerdo con la modalidad de atención**



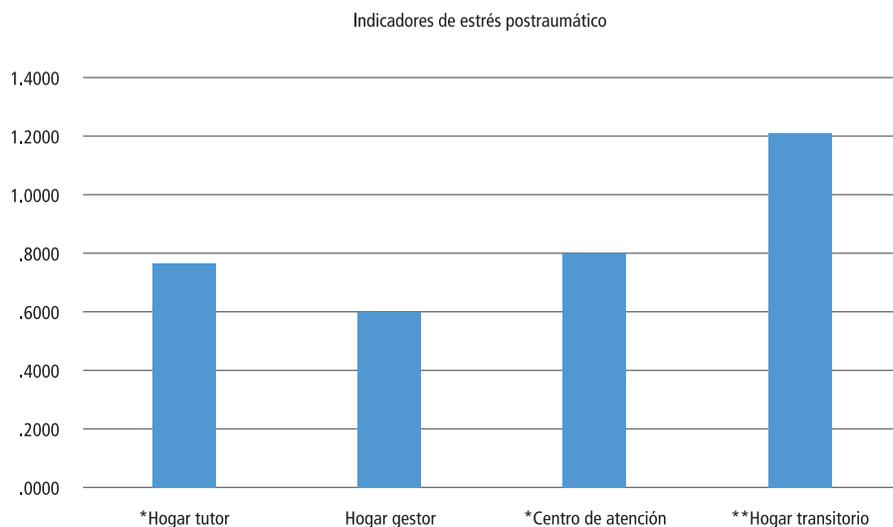
Esto significa que el estado de ánimo fue mejor para los niños, niñas y adolescentes atendidos por hogar gestor, seguido por quienes fueron atendidos por hogar tutor y posteriormente por los atendidos por centro de atención. Quienes presentaron un peor estado de ánimo fueron los atendidos por hogar transitorio (Gráfica 116).

**Gráfica 117. Los procesos emocionales internos y externos también presentaron variaciones en los niños, niñas o adolescentes desvinculados de acuerdo con la modalidad de atención**



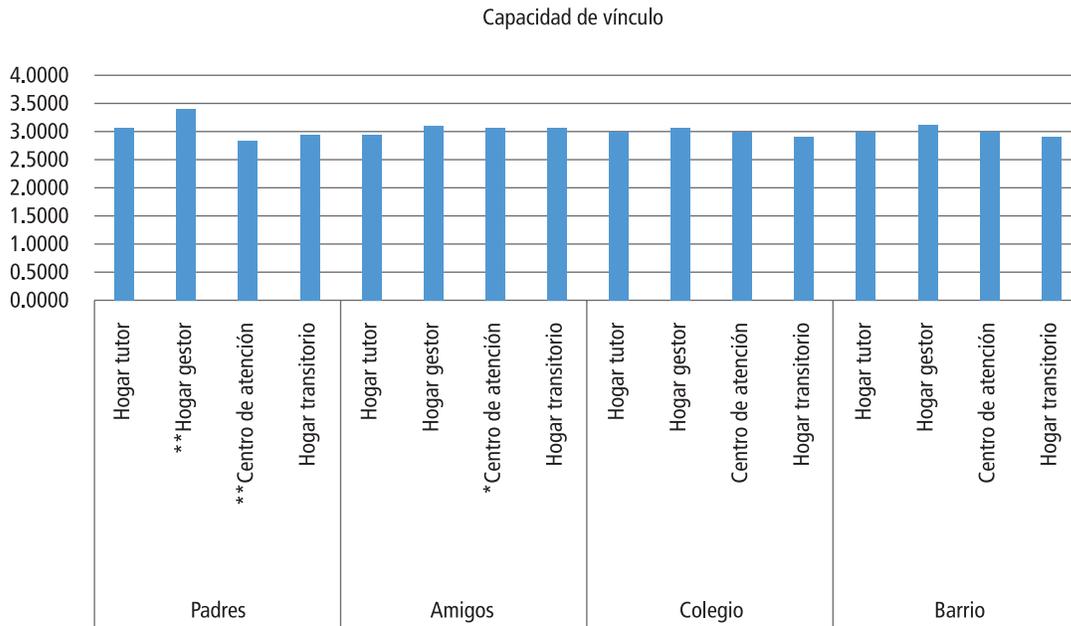
Los procesos emocionales internos y externos también presentaron variaciones en los niños, niñas o adolescentes desvinculados de acuerdo con la modalidad de atención que se encontraban recibiendo. Nuevamente, los niños que se encontraban en hogar gestor presentaron un mayor bienestar psicosocial asociado al comportamiento, mientras que quienes estaban en hogar transitorio presentaron un nivel muy bajo de bienestar psicológico. El hogar tutor y el centro de atención ocuparon lugares intermedios (Gráfica 117).

**Gráfica 118. Indicadores de estrés postraumático en niños, niñas o adolescentes desvinculados según modalidad de atención**



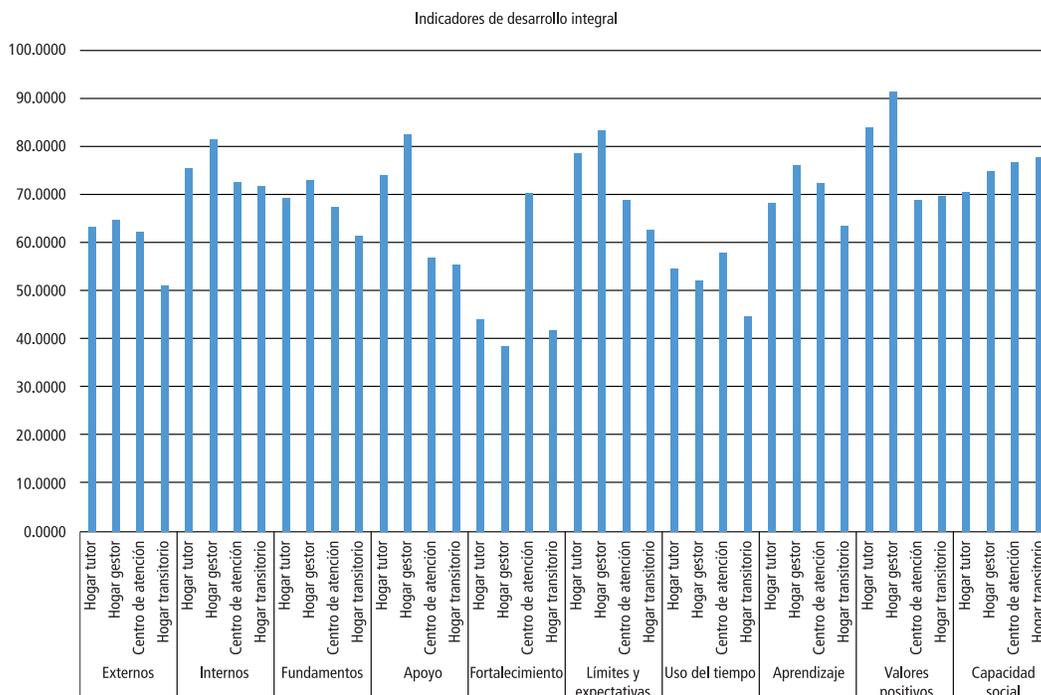
Los indicadores de estrés postraumático muestran que los niños, niñas o adolescentes desvinculados en hogar gestor se encuentran en menor riesgo de sufrirlo, mientras que quienes se encuentran en hogar transitorio están en un mayor riesgo. Nuevamente, el hogar tutor y el centro de atención se encuentran en el centro, y se muestran un poco mejor los niños, niñas y adolescentes que recibían atención en hogar tutor. (Gráfica 118)

Gráfica 119. Capacidad de vínculo en los niños, niñas o adolescentes desvinculados de acuerdo con la modalidad de atención



La capacidad de vínculo de todos los niños, niñas y adolescentes desvinculados que se incluyeron en el estudio fue muy semejante. Sin embargo, quienes recibían atención en hogar gestor tuvieron puntajes más altos y quienes recibían atención en hogar transitorio, puntajes más bajos. El hogar tutor y el centro de atención intercambiaron segundo y tercer lugar en las diferentes subescalas (Gráfica 119).

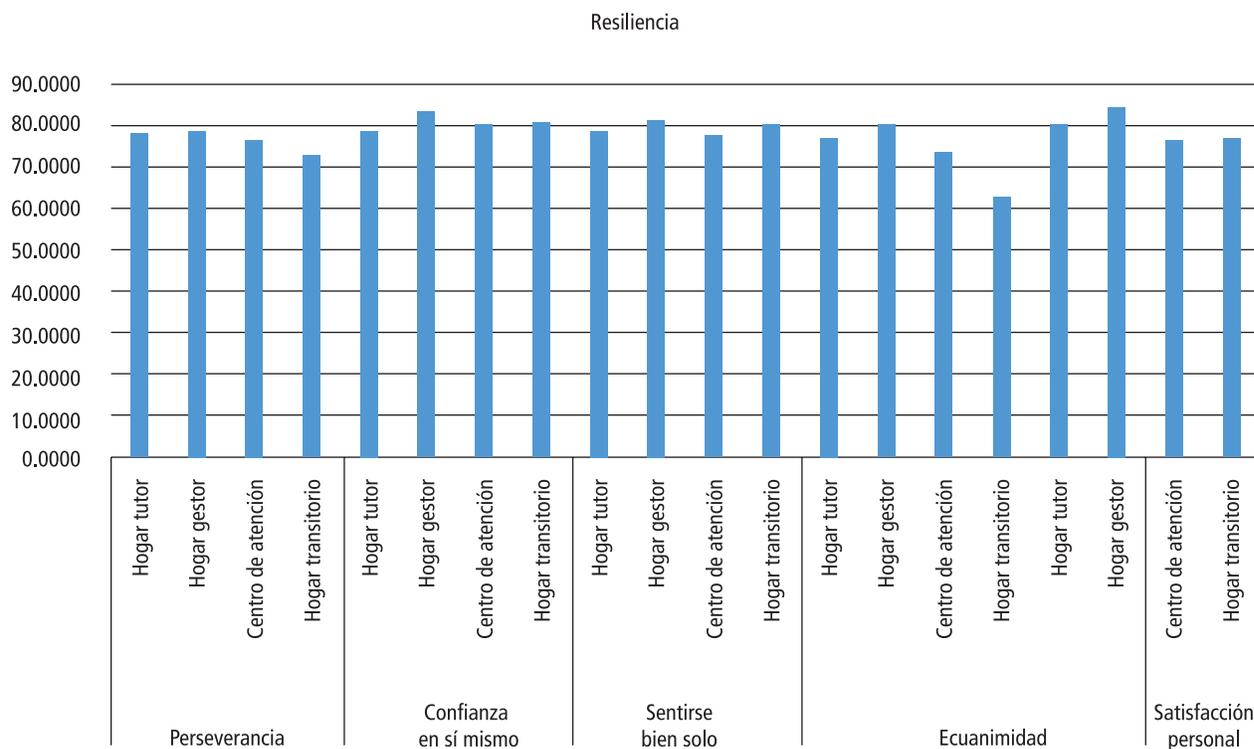
Gráfica 120. Indicadores de desarrollo integral en niños, niñas o adolescentes desvinculados de acuerdo con la modalidad de atención



Los indicadores de desarrollo integral en niños, niñas o adolescentes desvinculados presentaron diferencias de acuerdo con la modalidad de atención (Gráfica 120).

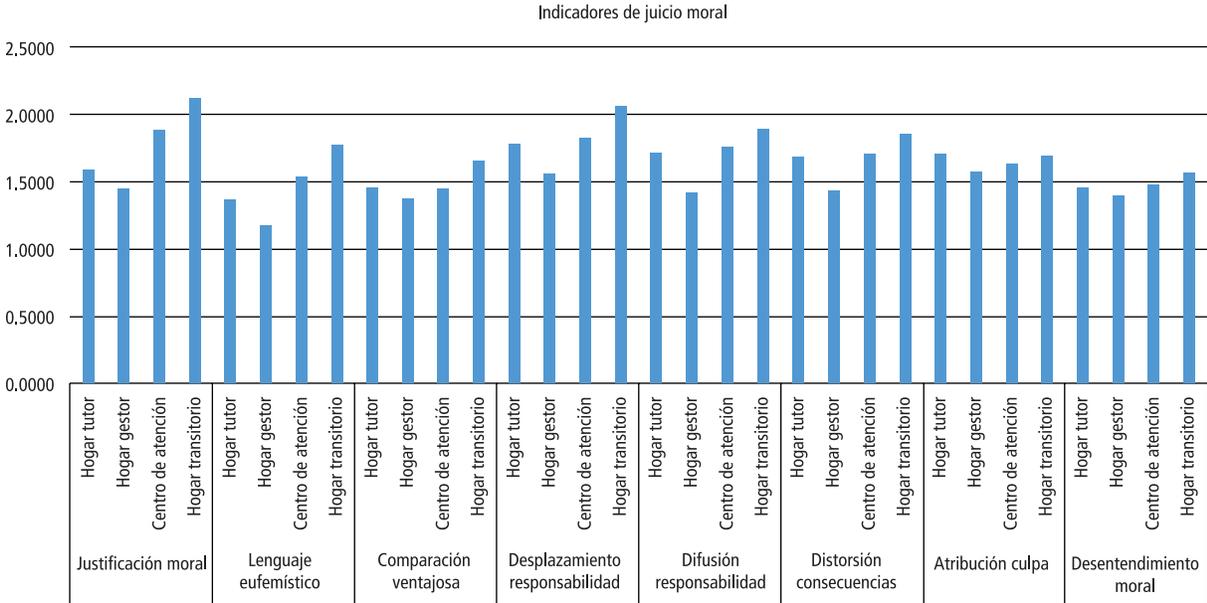
Los niños, niñas y adolescentes que reciben atención en el hogar gestor tienen en general mejores indicadores de desarrollo integral; sin embargo, tienen el puntaje más bajo en fortalecimiento. Quienes se encuentran en el centro de atención tienen mejor apoyo y mejor fortalecimiento.

**Gráfica 121. Resiliencia en los niños, niñas o adolescentes desvinculados de acuerdo con la modalidad de atención**



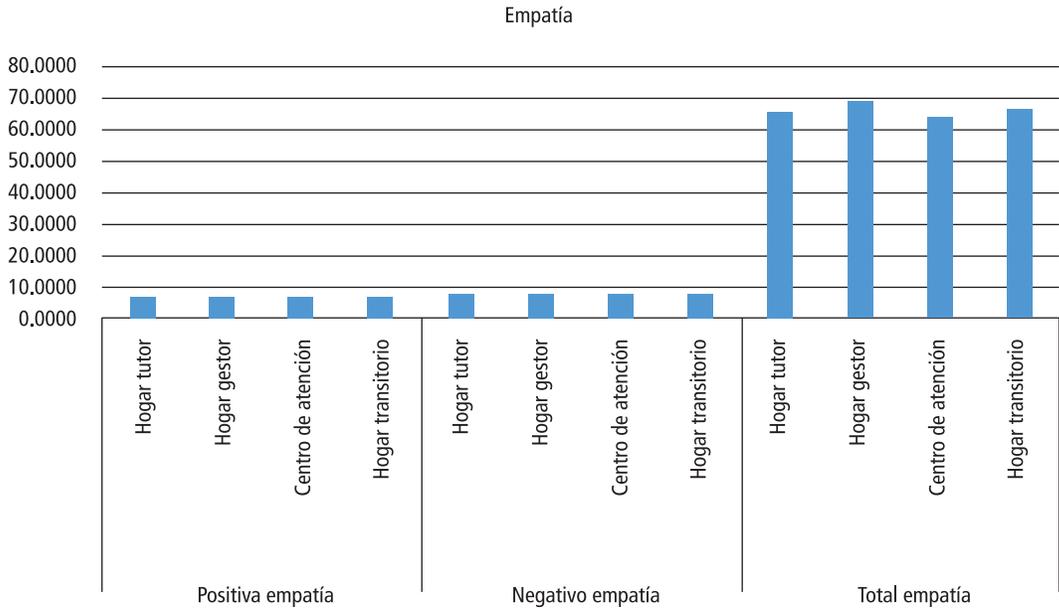
La resiliencia fue mayor en los niños, niñas o adolescentes desvinculados atendidos por el hogar gestor, mientras que la misma fue muy equivalente en las otras modalidades de atención (Gráfica 121).

Gráfica 122. Indicadores de juicio moral en niños, niñas o adolescentes desvinculados de acuerdo con la modalidad de atención



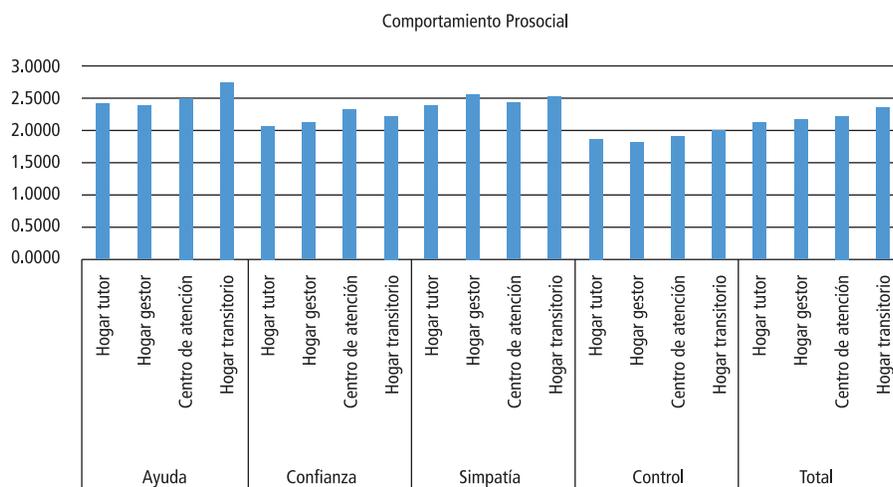
El juicio moral se encontraba en niveles más bajos en los niños, niñas y adolescentes atendidos por los hogares transitorios y mejor en aquellos atendidos en hogar gestor (Gráfica 122).

Gráfica 123. Empatía en niños, niñas o adolescentes desvinculados por modalidad de atención



En empatía no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por modalidad de atención. Sin embargo, los niños, niñas o adolescentes atendidos en hogar gestor tuvieron una empatía ligeramente más alta. El centro de atención por su parte presentó los niños, niñas o adolescentes con empatías más bajas (Gráfica 123).

Gráfica 124. Comportamiento prosocial en niños, niñas y adolescentes desvinculados por modalidad de atención



Finalmente, el comportamiento prosocial fue en general más alto en niños, niñas y adolescentes desvinculados, atendidos por hogar transitorio (Gráfica 124). Las otras modalidades de atención estuvieron muy parejas en este indicador. Estos datos algo contradictorios vale la pena confirmarlos con otras prueba o con una estrategia de observación.

En resumen, los niños, niñas y adolescentes atendidos por hogar gestor estuvieron mejor en su estado de salud tanto física como mental al compararlos con los niños atendidos por otras modalidades. Por su parte, los niños, niñas o adolescentes atendidos por hogar transitorio fueron los que se encontraron peor en su estado de salud física y su bienestar psicosocial.

## 5.2 Análisis cualitativo

### 5.2.1 Desvinculados

A continuación se presenta el análisis de la información cualitativa correspondiente a los niños desvinculados contactados. Se tuvieron como insumo para este análisis las entrevistas individuales realizadas a los niños, niñas y adolescentes, un grupo focal realizado con tutores y familiares de desvinculados y una actividad lúdica denominada "El noticiero", que se hizo en algunos de los lugares donde se recolectó información.

Teniendo en cuenta el modelo ecológico como marco de análisis, se codificó la información de acuerdo con los niveles definidos en el mismo: individual, familiar, comunitario y contexto cultural.

### Características individuales de los niños, niñas y adolescentes desvinculados

En relación con el nivel individual, en las entrevistas los niños tuvieron la oportunidad de hablar de sus sentimientos y de por qué estos eran predominantes para

ellos. Es importante mencionar que los niños entrevistados están institucionalizados en las modalidades que el ICBF contempla para estos casos.

El hecho de estar institucionalizados representa para los niños, niñas y adolescentes aspectos positivos y negativos. Como positivos, reportan sentirse seguros en cuanto a su integridad, ya que cuando hacían parte de los grupos armados constantemente se sentían amenazados, uno de ellos dice sentir alegría "... porque uno acá tiene todo, uno no está arriesgando la vida por cosas donde uno estaba". También comentan que el hecho de tener acceso a educación, alimentación, vivienda y buen trato es una ventaja.

Sin embargo, a pesar de lo mencionado anteriormente, los niños refieren también sentirse encerrados en el hogar y esto es especialmente incómodo debido a que tienen ciertas restricciones para mantenerse en contacto con su familia y seres queridos. Principalmente, manifiestan tristeza por estar separados de sus padres y hermanos. Uno de los adolescentes comenta: "Cuando me daban permiso (en el grupo armado), yo iba a visitar a mi cucho y volvía en tres días. Ya a uno le hace falta el papá, ir a visitarlo, llamarlo, acá no tengo de dónde llamarlo, no tengo el número de celular ni nada. Eso es lo que me tiene un poquito reaccionado, un poquito como afligido, como triste". otra adolescente dice: "Lo que más me da tristeza es cuando mi mamá está lejos de mí, cuando estoy, por ejemplo, lejos de mis hermanas".

Del mismo modo, uno de los jóvenes comenta que es difícil estar en este lugar y tener ciertas restricciones para tener una pareja sentimental: *“El no tener novia... si uno acostumbrado por allá en la guerrilla por ahí en cualquier lado tenía su novia y llega acá y prohíben eso, pues eso sí lo pone a uno triste y hay veces que se emputa uno por eso”*.

Por otra parte, los jóvenes manifiestan sentirse restringidos en la realización de actividades propias de la vida social de un adolescente, como salir a divertirse y consultar las redes sociales, esto debido a las reglas que deben cumplir. Una de las adolescentes entrevistadas comenta: *“Me gustaría trabajar, seguir adelante, vivir, ir a bailar, a divertirme, eso es lo que me gustaría hacer... Uno esta acá, si a uno le dicen vea usted no pude salir, usted no puede hacer lo que se le da la gana, entonces uno tiene que cumplir con esas reglas que hay acá”*.

De este modo, se puede identificar que la permanencia en los programas genera una serie de reacciones en los jóvenes que sería conveniente analizar, de manera que lo positivo se puede potenciar y al mismo tiempo se puedan generar estrategias que redunden en su bienestar y que les ayuden a conservar los vínculos familiares, así como permitirles tener el desarrollo propio y adecuado para un adolescente.

Con respecto a la espiritualidad, varios de los jóvenes entrevistados manifiestan tener creencias religiosas e incluso aferrarse a estas para superar momentos difíciles y sentirse mejor. Un joven lo relata de la siguiente manera: *“Uno más que todo siempre busca a Dios cuando algo malo le está pasando. Pero de igual manera, creer uno en él ayuda, lo alivia; de vez en cuando ir a una misa, sale uno de la iglesia como más liviano, como más relajado”*. Incluso esa relación con un ser supremo fue de gran ayuda en el momento de querer salir del grupo armado. *...pues creer en Dios y la Virgen me ayudo a tener más fortaleza y tener más confianza de que yo tenía que salir de allá, tenía más esperanzas...”*. En definitiva, para muchos, creer en un dios y mantener activa su esfera espiritual es un elemento que les aporta fortaleza para afrontar las difíciles situaciones a las cuales se han visto enfrentados.

Otro aspecto importante identificado a partir de las entrevistas fue el tema del manejo de las emociones, que en ocasiones son difíciles de manejar para los jóvenes, tal como ellos mismos lo manifestaron. Varios comentaron tener poca tolerancia y enojarse fácilmente. *“Yo soy muy intolerante, me pongo bravo y quiero descargar mi braveza con otras personas. Si me dicen algo, puede ser por el*

*buen modo, me dicen algo y entonces yo me pongo bravo y entonces es cuando me reboto. En lugar de calmarme, antes me pongo más rebotado”*.

Estos sentimientos de enojo pueden verse exacerbados por las reglas de los hogares donde viven, ya que les cuesta trabajo aceptarlas. *“Cuando me llaman la atención, me da como mucha rabia y no soy capaz de controlarme”*. Sin embargo, uno de los jóvenes comenta que es consciente de que la manera de trabajar con los sentimientos de rabia e intolerancia no puede ser igual a la utilizada cuando pertenecían al grupo armado ilegal, donde con frecuencia se resolvían las situaciones de manera violenta. *“...yo antes, cuando estaba afuera, nadie me podía decir nada, porque yo de una era cuchillo, le daba por ahí su plumera o le daba cuchillo y tiraba a matarlo también, mientras que yo aquí aguantando todo eso. y a mí me han dicho cosas que me dan harta rabia, pero yo sé que si yo cojo un chino y mato uno de acá me embalo yo, entonces me toca aguantarme”*. El control es un tema relevante para el trabajo con los niños, niñas y adolescentes desvinculados dentro de las instituciones.

Ligado al tema anterior, se encuentra la aceptación de la autoridad de los jóvenes, a quienes en ocasiones se les dificulta este reconocimiento de figuras de autoridad en personas como los profesionales que los atienden o sus profesores, ya que estos la ejercen sin estar respaldados por las armas. *“... a mí no me gusta que otra persona, venga y me mande, ejemplo, los profesionales. O sea, me acostumbre que allá venga y nos mande alguien, pero porque tenemos que hacerlo, porque tiene un fusil. Acá, tenemos que hacerlo... entonces porque me viene a mandar esa igualada si es igual que uno. Puedo ya ser profesora, pero yo con mi fuerza, con mi físico, digámoslo así, yo puedo hacer más que ella, porque me siento capaz de atropellarla, si me entiende. Entonces porque ella viene a mandarme si hasta yo puedo ser más fuerte que ella”*. Lo anterior implica que la autoridad se asume desde el poder que se tiene, ya sea físicamente o a través de las armas, de agredir o disminuir a los demás.

Llama la atención que algunas afirmaciones de los niños, niñas y adolescentes en las entrevistas muestran la existencia de lazos afectivos con personas de los grupos armados ilegales, a quienes consideran mentores e incluso como parte de su familia. Esto es factible, dado que muchos de estos niños ingresan a los grupos a temprana edad y crean relaciones significativas dentro del mismo. Una de las adolescentes entrevistadas menciona, refiriéndose a miembros del grupo armado: *“Si yo algún día vuelvo*

*a hablar con ellos, que me escuchen lo que yo les voy a decir... pues y que a mí me hacen mucha falta porque ellos, la verdad, fueron como un papá... entonces eso es lo que yo les diría”.*

En esta misma línea, uno de los entrevistados se siente agradecido por las enseñanzas de algunos superiores en el grupo armado, ya que es un contexto en el cual sienten que aprendieron muchas cosas y que incluso pudo ser para ellos una mejor opción que su propio hogar. Un adolescente manifiesta su agradecimiento de la siguiente manera: *“Primero que todo, agradecerle a la guerrilla, a un comandante que me enseñó muchas cosas y que de él aprendí mucho, pues a ser alguien distinto, porque yo en mi casa era un cualquiera, hasta tomaba. Mi mamá pues me pegaba, pues agradecerle a él porque me hizo cambiar mi forma de pensar”.*

Un tema recurrente durante las entrevistas es el proyecto de vida que tienen los adolescentes y sus aspiraciones a futuro. En este sentido, la mayoría manifiesta tener interés en estudiar para acceder a oportunidades laborales y mejorar su nivel de vida y el de sus familias, terminar el bachillerato, etcétera. y *“...prepararse para uno ser alguien”.* Sin embargo, durante las entrevistas se pone en evidencia que en ocasiones los jóvenes no son plenamente conscientes de sus capacidades y limitaciones, lo que les puede dificultar trazarse un proyecto de vida realizable. Dentro de las profesiones u oficios en los cuales manifiestan tener interés, se encuentra una amplia gama: panadero, mecánico, chofer de bus, peluquero, veterinario, ingeniero, médico. En varias de las entrevistas, los jóvenes mencionan que desean ejercer varias de estas profesiones u oficios, lo cual deja ver que probablemente no tienen muy claro lo que desean y pueden hacer.

Llama la atención que varios de los entrevistados manifiestan abiertamente su interés de realizar una carrera militar, ya sea en el ejército o en la policía. Les parece atractivo pertenecer a una organización con estas características. Una de las niñas entrevistadas menciona: *“...No sé, a mí me llama mucho la atención lo que tiene que ver con las armas, el uniforme, no sé, los policías se ven todos chéveres, o sea el uniforme les da un aspecto que quedan todos bonitos. Me gustaría también estudiar como para enfermería, también me gusta lo que tenga que ver con medicina”.* En estas afirmaciones tan disímiles se evidencia la falta de claridad de estos jóvenes acerca de lo que realmente quieren hacer en su futuro.

Otro de los jóvenes menciona que le gustaría estar en el ejército, aunque cree que por su situación de desvinculado no lo puede hacer. Cuando el entrevistador le pregunta qué es lo que le llama la atención acerca de pertenecer al ejército, menciona que le parece una buena opción: *“Uno ahí le para bolas mucho a la gente campesina y también puede servirle a la patria, al gobierno y para uno también... quería hacer una carrera militar, pero creo que ya no puedo, por el problema que tuve ya no puedo”.*

Cabe destacar que dentro de los planes a futuro casi siempre se encuentra el deseo de ayudar a la familia y de contribuir con la satisfacción de las necesidades de sus miembros, tener una casa propia para ellos y sus familiares; es una gran motivación. *“Realmente lo que yo más anhelo es la casa, es muy difícil vivir de arriendo... entonces a lo que yo más aspiro es a tener mi casa”.* Igualmente comentan que les parece importante dentro de su plan a futuro contar con recursos para poder colaborar con la educación de sus hermanos y para ayudar a sus padres.

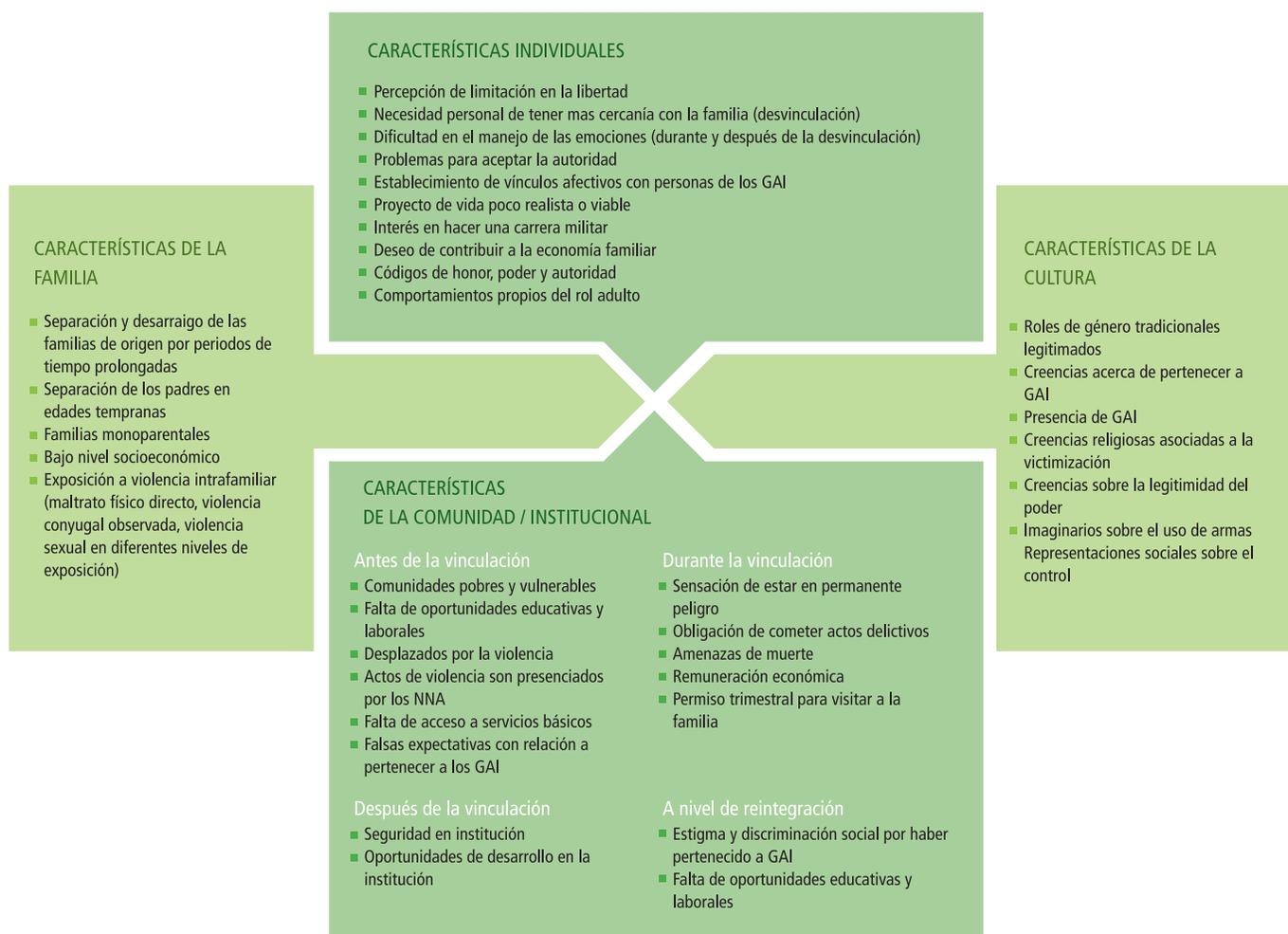
Lo descrito anteriormente se relaciona con un aspecto encontrado en las entrevistas y es que muchos de los niños desde temprana edad asumen comportamientos y responsabilidades propios del rol de adulto, como ser proveedores de los padres. Varios de los jóvenes comentan acerca de la necesidad que tienen de colaborarles a sus familias para que estén en mejores condiciones. *“El reto es como un compromiso que yo tengo con mi mamá... ella... desde que mataron a mi hermano..., mi hermano, él tenía ese compromiso con ella de subir la casa al segundo piso, entonces yo voy a ver si lo subo, si yo lo puedo hacer”.*

Estas son algunas de las características individuales de los niños, niñas y adolescentes desvinculados, identificadas a partir del trabajo de campo cualitativo.

### **Características familiares de los niños, niñas y adolescentes desvinculados**

Las familias de los niños, niñas y adolescentes desvinculados contactados en el marco de este estudio por lo general se encuentran viviendo en lugares diferentes a donde se encuentran los niños. Esta situación genera en ellos los sentimientos de soledad y tristeza. En la figura 1 se muestran los diferentes factores asociados con el hecho victimizante.

Figura 1. Factores asociados a los hechos victimizantes: desvinculados



### 5.2.2 Desplazados

Para obtener el análisis de la información cualitativa, se recogió información a través de tres estrategias propias de la investigación de este tipo. Por tratarse de un grupo amplio en cuanto a la edad de los niños, niñas y adolescentes, se estableció una subdivisión etaria para la elección de la estrategia más conveniente. Para los niños, niñas y adolescentes entre 12 y 17 años, se realizó una entrevista semiestructurada, en la que a través de unas preguntas orientadoras (aproximadamente siete), se permitió a los niños, niñas o adolescentes expresar sus opiniones acerca de sus sentimientos y emociones, su situación familiar pasada y actual, el impacto de las situaciones vividas, sus preocupaciones actuales y su proyección hacia el futuro.

Por otra parte, para los niños de 8 a 11 años, la estrategia utilizada fue grupal. Definida como “El noticiero”. Reunió a grupos de hasta diez niños para que organizaran, a su elección, secciones para presentar un noticiero de

actualidad, en el que a partir del juego de preguntar como corresponsales y contestar como gobernantes o adultos corrientes, los niños expresaron sus opiniones, expectativas y necesidades con respecto a su situación actual y al conflicto armado interno colombiano. Reconocieron también las instituciones que de acuerdo con su percepción prestan ayuda efectiva a los niños, niñas y adolescentes colombianos e identificaron las redes de apoyo existentes en sus comunidades.

Por último, para recoger las voces de los adultos responsables de los niños, niñas y adolescentes, se convocó a grupos de hasta 12 personas a través de grupos focales, en los que padres, madres, abuelos o tutores, acompañados con un facilitador —auxiliar de investigación— expresaron sus opiniones, sentimientos y emociones respecto a los temas propuestos por el facilitador. Así, se pudo obtener información acerca de la situación anterior y actual de las familias víctimas de desplazamiento o de reclutamiento ilegal, la percepción del impacto que este hecho tuvo tanto

en los niños, niñas y adolescentes como en las familias de origen, así como su percepción del apoyo institucional, estatal y comunitario que han recibido en su condición de víctimas del conflicto.

A partir de estas estrategias se recogió información suficiente, en 47 documentos de transcripción de los discursos, que fue categorizada y analizada, tomando como base el modelo ecológico de J. Belsky, partiendo de sus esferas de lo individual, lo familiar, lo comunitario y lo distal, con información de los contextos en los que se desarrolla un individuo. Así, se desplegaron categorías y subcategorías de análisis. Es importante destacar que las personas que participaron en la estrategia de recolección de la información cualitativa fueron niños, niñas y adolescentes y sus familias, víctimas de desplazamiento forzado y de reclutamiento forzado por los grupos armados ilegales.

### Descripción de la población

Los niños, niñas y adolescentes y sus familias fueron entrevistados en los departamentos de Nariño, Antioquia, Santander, Valle, Putumayo y la ciudad de Bogotá. Por tratarse de personas en condición de desplazamiento, sus lugares de origen corresponden a estos mismos departamentos, en distintas ciudades y municipios, y también a los departamentos de Cundinamarca, Chocó, Quindío y Cauca.

### Contexto individual

*“Pues, casi todo el tiempo mantengo, así como riéndome, pa no demostrar” (15 años).*

**Sentimientos y emociones:** A partir de las entrevistas semiestructuradas se pudo obtener información directa de las voces de los niños, niñas y adolescentes, respecto de sus sentimientos, indagando por la emoción que identificaran como más frecuente en los últimos tres meses.

Aun cuando algunos de los niños fueron evasivos ante esta pregunta, tardaron en responder, o guardaron silencio, se encuentra que la mayor parte de los niños identifican la alegría como el sentimiento más frecuente. Sin embargo, los niños que expresaron haber vivenciado directamente el momento del desplazamiento y recordarlo vívidamente, manifiestan sentimientos de **miedo, rabia, ira y tristeza**, y lo reafirman en su discurso. *“Pues, por lo menos no es*

*que uno esté bien bien que digamos, siempre quedan recuerdos de allá arriba o cualquier cosa. Y como mi mamá se le metió que uno tiene que aprender a perdonar... ¡PERDONAR!, pero usted sabe que eso es difícil pa uno. Lo que le hicieron a mi mamá ya pa uno perdonar ya es muy difícil”* (la madre del niño fue víctima de violencia sexual en frente de sus hijos en el momento del desplazamiento). *“Mi sentimiento más frecuente es la tristeza, la tristeza, y la decepción. Pues uno sentir que se decepciona por no haber ayudado a la mamá”.*

Así mismo, las condiciones generadas por el desplazamiento generan también en los niños sentimientos y emociones adversos. Estos pueden también estar relacionados directamente por el momento de desplazamiento o por las pérdidas ocasionadas por él. *“Angustia, porque a veces mi mamá no tiene para el almuerzo, y qué. Qué le digo, ahora se acabó el gas y mi mamá está cocinando allá atrás, pues por eso”. “Me da tristeza (voz cortada), porque... porque no tenemos el hogar que teníamos en la finca”.*

A pesar de que los niños manifestaron alegría como el primer sentimiento de la torta de sentimientos,<sup>6</sup> a través del discurso se puede develar otra realidad en sus emociones. *“Diariamente, yo soy una persona que a pesar de los problemas vive feliz”* (niña, 11 años).

Por último, se destacan los sentimientos de alegría, emoción, orgullo y felicidad, sujetos a las condiciones de bienestar para toda la familia. Hace pensar que el niño acarrea sobre sí una carga emocional que demanda la preocupación sobre todos los miembros de la familia, y no solo sobre su propio bienestar o felicidad. *“Feliz cuando hay comida en la casa, cuando estamos todos bien, cuando mi mamá está sonriendo, cuando mi hermano no llega borracho, cuando me porto bien y me saco buenas notas en el colegio porque no me regañan en la casa”.*

**Impacto por el desplazamiento:** Los niños, niñas y adolescentes identifican el momento del desplazamiento como un hecho impactante y triste para toda la familia. En particular, pocos niños refieren ese momento como el más triste para ellos mismos. Los niños, niñas y adolescentes reconocen, sin embargo, que el desplazamiento forzado fue un suceso determinante para el curso de sus vidas. En distintos niveles de afectación, ellos mismos consideran que la vida fue partida en dos, aun cuando algunos de los entrevistados eran menores de 7 años al momento del desplazamiento. *“Jumm, pues si es pequeño, no lo va a*

6. Torta de sentimientos: estrategia lúdico terapéutica que facilita la exposición de sentimientos en niños, niñas y adolescentes menores de 14 años.

*entender, pero si es más grande, de 10 o 11 años, va a quedar con esa psicología, con esa psicosis de que van a volver a entrar a la casa y... uno como que se asusta, da pánico”.*

En el discurso de los adultos se identifican elementos que permiten establecer los niveles de impacto que la afectación tuvo sobre los niños, niñas y adolescentes. De manera contundente se relaciona el hecho del desplazamiento con el cambio en la condición social de las familias y los factores de vulnerabilidad a los que se exponen los niños, niñas y adolescentes. *“Después de venir para acá, el hijo mío se tiró a la calle y es triste tener que verlo en la calle con un costal”.* *“La menor quiere vivir es con más gente en pandillas, se ha vuelto peliona, me da miedo que vaya a coger malos vicios. Si uno los castiga y los aprieta, lo demandan a Bienestar Familiar”.*

También en los patrones de sueño y comida, como un indicador de salud mental de los niños, niñas y adolescentes que han sufrido desplazamiento forzado en Colombia, los adultos manifiestan algunas dificultades: *“Mi hijo se levanta de noche a hablar cosas, habla de las cosas que pasaron. En ocasiones también me preguntan por qué no hay fotografías ni recuerdos de las cosas cuando eran niños. En mí había temor cuando ellos entraron por primera vez, ellos estaban en la escuela y a mis hijos les tocó sentir las balas, las bombas. Eso hizo que no quisieran volver a estudiar, por eso los sacamos de estudiar”.*

**Empatía:** Los niños que participaron en la actividad de “El noticiero” mostraron en su discurso una tendencia a la empatía por el sufrimiento de otros niños del país. Fueron solidarios, pidiendo al gobierno nacional ayudas para los más necesitados, vivienda para los campesinos y alimento para los niños de África. *“Ellos lo necesitan mucho.”* De la misma manera, los niños más pequeños, quienes participaron en este ejercicio, manifestaron preocupación por los derechos de los niños, mostrando la construcción de ciudadanía y participación hacia el beneficio común. *“Invitamos a todos los niños de Colombia a que nunca se involucren con el conflicto armado, ya que los pueden terminar matando, secuestrando y es muy peligroso para sus vidas”.* *“Que no anden por calles peligrosas, puede haber minas, bombas por donde esté la guerrilla, por caminos, que anden acompañados”.*

**Expectativas hacia el futuro:** Las expectativas de los niños niñas y adolescentes están centradas en obtener un nivel educativo suficiente y ser productivos, asumiendo su rol de adultos en esa perspectiva. *“Trabajar para ayudar a mi mamá”.* *“Estudiar para tener un trabajo y estar bien*

*con mi mamá”.* Adicionalmente, hay una tendencia clara en el deseo de los niños de entrar a la fuerza pública del Estado, de obtener una condición de poder. Los niños, niñas y adolescentes quieren ser policías, soldados, capitanes, aviadores, aun los más pequeños quieren ser cantantes o policías.

## Contexto familiar

**Relación con los padres:** En los discursos de los niños, niñas y adolescentes entrevistados, los padres aparecen como las figuras más representativas en la esfera familiar. Establecen condiciones de cariño, cuidado, respeto y obediencia. Los niños, niñas y adolescentes se refieren en mayor proporción a la madre, por ser la persona que ofrece cuidado y alimento y, en casi todos los casos, provee económicamente al hogar.

En el discurso de los niños es posible identificar a los padres como las principales figuras en la vida de los niños, niñas y adolescentes. Es importante, sin embargo, rescatar la **relación instrumental** que la interacción entre niños y padres establece en ocasiones, dadas las condiciones demandantes de cuidado y alimento en el hogar. *“Le daría las gracias a mi mamá porque nos ha mejorado la casa y nunca nos mantiene sin comida y siempre nos ha cuidado”.* Los niños asumen roles y responsabilidades de adulto, aun cuando no son instauradas por sus padres, en tanto que se atribuyen a sí mismos altas expectativas frente a sus logros y comportamiento, para no defraudar a los padres, para no causar sufrimiento adicional a la familia ya victimizada.

**Familia monoparental:** Tanto en los grupos focales como en las entrevistas, se pudo establecer que una de las consecuencias directas del desplazamiento forzado es la reorganización de la estructura familiar. Por muerte del padre, desaparición forzada, condición económica, o por separación geográfica, se encuentra que las familias nucleares han pasado a ser familias monoparentales, o en ocasiones, rápidamente en el tiempo, familias con un nuevo compañero de la madre. *“Estoy triste porque a mi mamá le toca sola. Fernando no da nada”.*

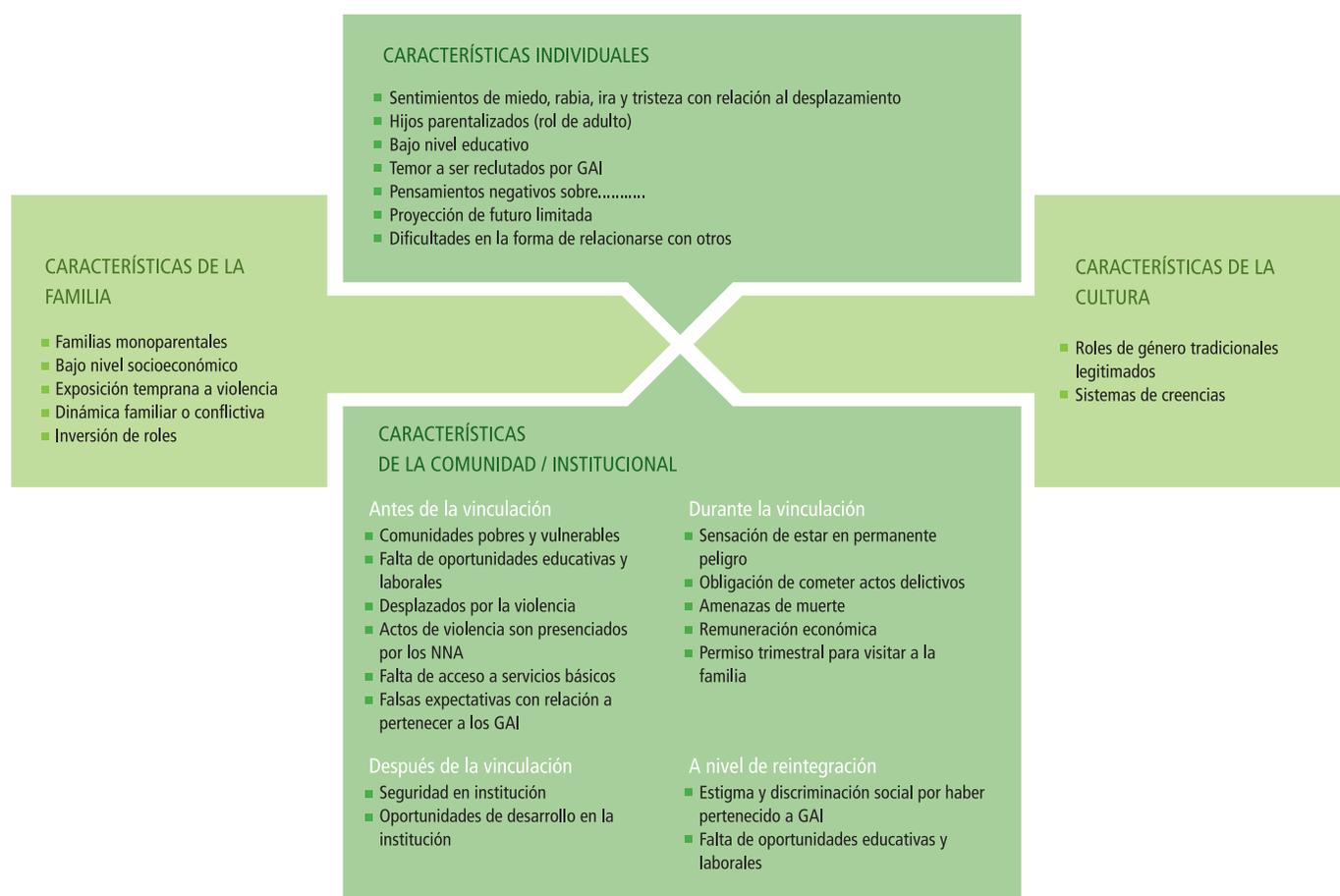
*“Pensar que en estos momentos yo estoy aquí, y los compañeros se han dado cuenta, y mi señora allá está trabajando interna, pero a pesar de esto, estamos llevando ese reto de tener una comunicación como hogar, de que, nuestros hijos no cojan cada uno por su lado, porque eso no es justo ni para ellos ni para uno. Mi mamá dice que los hijos son prestados y llegará el tiempo en que cogerán vuelo y se van, pero mientras no se vayan, el reto como padre es mantener la unificación de la familia. Después de*

que una familia se desintegre y cada quien coja por su lado, yo creo que para mí, ese es el acabo de cualquier reto que uno tenga en la vida”.

**El niño como adulto:** Los niños, niñas y adolescentes muestran a través de sus narraciones las responsabilidades de adulto que la nueva situación familiar ha puesto sobre ellos. Respecto a esto, se pueden ver sentimientos de ansiedad en cuanto pueden ser causantes de disgusto, enfermedad o dificultades económicas para los padres. Particularmente, los niños hombres cuyo padre está ausente de la estructura familiar, por diversas razones, manifiestan

preocupaciones de adulto, en tanto sus expectativas al futuro, sus expectativas inmediatas y las expectativas que ellos atribuyen a sus madres sobre ellos. “Me da miedo portarme mal y que después a mi mamá le pase algo, se enferme o algo”. “Aquí uno no puede salir porque mi mamá no me da permiso, si yo me salgo, ella se disgusta, se pone mal”. “Mi mamá llora porque no tiene plata, y uno aquí qué puede hacer por ella, qué”. “A veces no puedo salir porque no hay plata. Mi mamá no tiene aquí plata, aquí es todo más difícil”. En la figura dos se muestran los factores asociados al desplazamiento en los niveles individual, familiar, comunitario y cultural.

Figura 2. Factores asociados a los hechos victimizantes: desplazados



### 5.2.3 Huérfanos

El análisis de huérfanos se realizó a partir de algunas entrevistas realizadas con los niños, niñas y adolescentes, en las narrativas de los mismos, cuyo análisis aparece en la siguiente Gráfica, se muestra que el discurso de los niños que han sufrido esta victimización está presente el evento ocurrido en casi todas las historias que ellos narran. Se muestra en las

entrevistas una dificultad para pensar en prospectiva y para lograr una mirada a futuro. Los sueños, expectativas y deseos están mediados por recuerdos negativos y por una dificultad evidente de precisar en detalles la descripción de sí mismos o sus entornos, la capacidad de afrontamiento es más limitada y el contenido del pensamiento es más de carácter negativo, sin embargo mencionan deseos internos de recuperar figuras de apoyo y protección.

Figura 3. Factores asociados a los hechos victimizantes: huérfanos



### 5.3 Análisis de mediación y modulación

Se realizaron análisis de mediación y modulación para determinar factores que pudieran estar influenciando la relación entre el hecho victimizante y las diferentes afectaciones estudiadas. Estos análisis se reservaron para los hechos victimizantes que tuvieron una muestra suficiente para realizar análisis multivariados de regresión. Teniendo en cuenta las variables, las regresiones empleadas fueron lineal, ordinal y cuadrática no paramétrica.

A continuación se presentan los principales hallazgos por hecho victimizante.

### Desplazamiento a causa del conflicto armado

La relación entre el hecho victimizante y los indicadores emocionales ligados al afecto estuvo mediada por la etnia y la edad de los niños, niñas y adolescentes. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de desplazamiento tuvieron problemas emocionales en parte causados porque provenían de minorías étnicas y tenían mayor edad.

Igualmente la relación entre el desplazamiento y los problemas de comportamiento estuvo mediada por etnia y edad. Los problemas de comportamiento estuvieron causados en parte porque los niños, niñas y adolescentes pertenecían a minorías étnicas pero en este caso los problemas fueron causados en parte por una menor edad.

La relación entre desplazamiento y resiliencia estuvo mediada exclusivamente por la etnia. Es decir la carencia de resiliencia se debe en parte a que los niños, niñas y adolescentes pertenecían a minorías étnicas y les era más difícil encontrar elementos positivos en el desplazamiento.

La relación entre desplazamiento y salud física estuvo mediada en parte por la etnia y la edad de los niños, niñas y adolescentes.

Ninguno de los factores estudiados como posibles moderadores de las afectaciones causadas por el desplazamiento —edad, sexo y etnia— mostró estar moderando las relaciones.

### **Orfandad a causa del conflicto armado:**

La relación entre la orfandad y los indicadores emocionales asociados al afecto estuvo mediada por la etnia. El hecho de pertenecer a una minoría étnica explica la puntuación en indicadores emocionales.

Por su parte la relación entre orfandad y problemas de comportamiento estuvo mediada por la etnia y la edad. Nuevamente el hecho de pertenecer a una minoría étnica o tener corta edad explica en parte cómo la orfandad influye en los problemas de comportamiento.

Igualmente la relación entre orfandad y resiliencia estuvo mediada por etnia y edad. Mientras que no se encontraron factores mediadores de las relaciones de orfandad con salud física y estrés postraumático.

En el caso de la orfandad se encontró un factor moderando la relación entre el hecho victimizante y los problemas de comportamiento. Los niños más pequeños tuvieron mayor posibilidad de presentar problemas de comportamiento al compararlos con los de mayor edad. En la figura 3 se muestran los factores asociados a la orfandad en los distintos niveles.

### **Desvinculados:**

La edad, el sexo y la etnia de los niños, niñas y adolescentes desvinculados del conflicto actuaron como factores mediadores en las relaciones entre el hecho de ser desvinculados y los indicadores emocionales asociados al afecto y los problemas de comportamiento.

Para el caso de los niños, niñas o adolescentes desvinculados del conflicto armado no se encontraron factores que estuvieran moderando la relación entre el hecho victimizante y las afectaciones.



# CAPÍTULO VI

---

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 6.1 CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue determinar el estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de diferentes hechos dentro del contexto del conflicto armado. De otra parte, se pretendió dar cuenta de la magnitud, de los hechos victimizantes a los que han sido expuestos los niños, niñas y adolescentes colombianos en los últimos años, utilizando la información institucional registrada en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Desde una perspectiva ecológica y psicosocial, teniendo en cuenta el enfoque diferencial, se llevó a cabo un estudio del orden mixto cuantitativo y cualitativo en coherencia con las recomendaciones internacionales en materia de investigación en este campo del conocimiento (Dunn et al, 2010). De igual forma, se identificaron las consecuencias e impactos de estos hechos según su nivel de acumulación en los indicadores psicosociales, así como los mediadores y moderadores de estos impactos; adicionalmente se encontraron las relaciones entre la modalidad de atención en la que se encuentran los niños, niñas y adolescentes y su estado psicosocial.

Si bien es cierto que se ha dado un debate importante en relación con el enfoque psicosocial y las posturas centradas en el trauma, es importante considerar que en los contextos del conflicto armado los diferentes hechos victimizantes se constituyen en eventos potencialmente traumáticos los cuales inciden en el bienestar psicológico y la salud mental de las personas y las comunidades, y son aún más devastadores en el caso de los niños, niñas y adolescentes. Según Martín Baró (1988), el término trauma psicosocial se refiere al carácter de la herida que causa la vivencia prolongada de una guerra. Esto significa, además, que el efecto no es el mismo en toda la población y que el impacto de ninguna manera es mecánico, y por lo tanto la afectación depende de la vivencia y experiencia de cada persona. Al mencionar el trauma psicosocial es necesario enfatizar en dos aspectos: uno, que la herida se ha producido de forma externa al individuo y que el origen es eminentemente social, y dos, que el carácter de esta situación que produce la herida es lo que define la relación entre el individuo y la sociedad a través de las mediaciones grupales e institucionales.

Esta situación incide en la salud mental, la cual se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (artículo 3, Ley 1616 de 2013).

Por todo lo anterior, este estudio identificó el impacto de ese trauma psicosocial en los indicadores asociados al bienestar psicológico y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. El objetivo de la reparación integral de la Ley de Víctimas supone el conocer con precisión cómo lograr la rehabilitación psicosocial y en salud mental. Para tal fin es necesario conocer cuáles son las necesidades psicosociales de los niños, niñas y adolescentes para así lograr servicios de calidad y la infraestructura adecuada para la etapa del posconflicto, ya que esto asegura la rehabilitación integral y la sostenibilidad de las intervenciones (Betancourt, 2011). La comprensión e identificación de las necesidades específicas que demanda el conflicto permitirán la formulación de políticas públicas centradas en la sociedad.

Esta investigación se realizó para dar cuenta de algunos de los requerimientos de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras (1448 de 2011) en particular en lo referente a la atención psicosocial de niños, niñas y adolescentes. Se llevó a cabo a partir de acuerdos entre el Estado y la Cooperación Internacional. Adicionalmente, intentó integrar el marco de restablecimiento de derechos y la perspectiva de la reparación integral, teniendo en consideración la necesidad de la atención gradual y progresiva de los niños, niñas y adolescentes. Los resultados de esta investigación se articularon con el "Modelo integral de atención psicosocial" (MIAP, 2013) y con las guías de atención psicosocial por hecho victimizante.

Desde el punto de vista cuantitativo, se trabajó con una muestra de 1666, niños entre grupo de víctimas y controles. Los niños víctimas habían sido expuestos a reclutamiento ilegal, desplazamiento, orfandad, violencia sexual, minas antipersonal, desaparición forzada y secuestro (para la desaparición forzada se trabajó con los niños huérfanos por este delito, y para el secuestro solo se llevó a cabo el análisis de magnitud).

Las conclusiones generales muestran que los niños, niñas y adolescentes colombianos están impactados por el conflicto armado en un nivel que los pone en riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Esto significa que la atención psicosocial debe estar focalizada a las necesidades específicas de los niños y las niñas, de los indígenas, de las comunidades afrodescendientes, teniendo en cuenta su edad y origen y también en función del hecho victimizante al cual fueron expuestos. Estos resultados que aquí se presentan pretenden ser orientadores para la formulación de políticas públicas en cuanto a la reparación integral, la implementación de la Ley 1448, en particular en su título séptimo, referente a la

protección integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado. De otra parte, pretenden dar elementos prácticos para complementar la atención psicosocial de estos niños, niñas y adolescentes en el marco del sistema de bienestar familiar.

En relación con la magnitud, el desplazamiento tiene características importantes según la región de análisis en los niños, niñas y adolescentes. Cabe destacar que en la región Caribe, los niños desplazados son más pequeños, han tenido menos hechos victimizantes, han tenido mayor permanencia a nivel escolar y con más frecuencia pertenecen a comunidades indígenas.

En la región Pacífica, también los niños desplazados son de menor edad, con mayor acceso a la escolaridad y son en su mayoría de origen afrocolombiano. En el caso de Bogotá, los niños desplazados son en su mayoría de etnia afro colombiana, hay mayor número de niñas. En la región Oriental se encontró que los niños desplazados han estado menos expuestos, son de origen indígena, pero han recibido mayor atención en los resguardos.

Los niños, niñas y adolescentes desvinculados de las AUC reciben con menor frecuencia atención familiar, se desmovilizaron con mayor frecuencia ante el gobierno central, la autoridad judicial es con menor frecuencia un juez (más fiscal y otros), son atendidos por servicios en hogar gestor u hogar sustituto con mayor frecuencia, se han desmovilizado hace más tiempo y su desvinculación es menos voluntaria y más por entrega. Tienen igualmente, una tendencia a una escolaridad más alta al compararlos con los niños, niñas y adolescentes desvinculados de otros grupos.

Los niños, niñas y adolescentes desvinculados de las bacrim permanecen por mayor tiempo en los programas del ICBF, tienen menor atención familiar, son con menor frecuencia de etnia indígena y tienen una menor tendencia a recibir servicios en hogar transitorio. Los desvinculados del ELN son con mayor frecuencia de sexo femenino, tienen menor escolaridad que los demás, tienen con mayor frecuencia certificado del Coda (Comite Operativo de Dejación de Armas), pertenecen con mayor frecuencia a minorías (afrocolombianos e indígenas) y la autoridad judicial que sigue sus casos es con menor frecuencia la Fiscalía. Los niños, niñas y adolescentes desvinculados de las Farc son con mayor frecuencia de sexo masculino, tienen una escolaridad más alta, tienen certificado Coda con más frecuencia, han permanecido mayor tiempo en el grupo armado, son con menor frecuencia afrodescendientes, se desmovilizan con menor frecuencia ante el gobierno y su desmovilización ha sido más reciente. Igualmente, existe tendencia a que reciban servicios de centros de atención especializada y a que su desmovilización sea voluntaria.

En relación con los niños huérfanos por el conflicto armado, el análisis retrospectivo de los registros institucionales permite inferir que los hijos de padres desaparecidos fueron con menor frecuencia mujeres, al compararlos con los niños, niñas y adolescentes huérfanos. Los niños, niñas y adolescentes indígenas son con mayor frecuencia huérfanos por asesinato/homicidio y no hijos de padres desaparecidos. Las desapariciones fueron más frecuentes en la zona pacífica y en la zona oriental que en las otras áreas al compararlas con los asesinatos. Las desapariciones fueron con menor frecuencia perpetradas en zona rural al compararlas con los asesinatos, los hijos de padres desaparecidos permanecen con mayor frecuencia y por mayor tiempo en hogar gestor.

Los hijos de padres desaparecidos han sido con menor frecuencia objeto de acciones al compararlos con los hijos de padres asesinados. Los hijos de padres desaparecidos tienen con menor frecuencia un acudiente diferente a la madre. Los hijos de padres desaparecidos viven con mayor frecuencia en hogar gestor localizado en área rural. Los niños, niñas y adolescentes afrocolombianos conservan con mayor frecuencia a algunos de sus padres y no han perdido a los dos, al igual que quienes viven en la región oriental. Los niños, niñas y adolescentes que han perdido a sus dos padres están con mayor frecuencia al cuidado de sus abuelos y otros familiares. Los niños, niñas y adolescentes que han perdido a sus dos padres viven con mayor frecuencia en hogar gestor localizado en zona rural. Al compararlos con los hijos que han perdido solo un padre, los hijos que han perdido a sus dos padres han recibido menor atención médica en el último mes. Los padres que murieron o desaparecieron juntos fueron con menor frecuencia propietarios de tierra, pero fueron con mayor frecuencia despojados de sus tierras cuando las tenían.

El análisis de secuestro es tal vez uno de los más complejos debido a las condiciones en que estos niños, niñas y adolescentes son tomados por los grupos armados y su identificación no es tan sencilla en los registros institucionales. Sin embargo, vale la pena destacar que el excelente trabajo del Ministerio de Defensa permitió hacer este análisis.

Las conclusiones generales sobre este tema muestran que los secuestros perpetuados por grupos armados han disminuido en los últimos años, los grupos armados secuestran niños, niñas y adolescentes de mayor edad. Los secuestros extorsivos y en indagación son con más frecuencia perpetrados por grupos armados; los secuestros de grupos armados se llevan a cabo con mayor frecuencia en la región de territorios nacionales; se perpetúan con mayor frecuencia en áreas rurales; los rescates son menos comunes; están menos relacionados con conflictos familiares.

Los secuestros perpetuados por la delincuencia común han aumentado en los últimos años. Se caracterizan por un menor tiempo en cautiverio, menor edad del secuestrado, menor imputación y mayor indagación. Su finalidad es económica (ocho veces más), las víctimas prefieren no dar documento de identidad y los rescates son más frecuentes.

Los secuestros perpetuados por los grupos armados se diferencian de los que no tienen autor conocido por menor tiempo en cautiverio, mayor edad de los secuestrados, menor imputación, menor indagación, menor finalidad económica y política, menor secuestro en territorios nacionales, mayores muertes en cautiverio y mayor secuestro urbano. Los secuestros perpetuados por la familia en comparación con los que no tienen autor conocido se realizan a niños, niñas y adolescentes más pequeños; hay menos imputación, más indagación, menos frecuentes en la región pacífica, no requieren montos y se dan menos en mujeres.

Uno de los hechos victimizantes incluidos en este estudio es la victimización por minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (Muse), Artefactos explosivos improvisados. Aunque la información es limitada, así como el acceso a los niños víctimas, la fecha del accidente fue reportada entre enero de 2000 y marzo del 2013. La mayoría de los casos son únicos, pero se presentan picos en los cuales varios niños, niñas y adolescentes resultaron heridos en el mismo evento. A finales del año pasado (2012) se presenta el pico más alto de eventos. Las amputaciones de miembros fueron reportadas en 19 niños, niñas y adolescentes (22 % de la población), pérdida de algún ojo o visión fue reportada para 14 niños, niñas y adolescentes (16 % de la población) y en 16 casos alguna persona que acompañaba al niño falleció. Aunque no es muy claro lo reportado por ICBF en números exactos porque la variable tiene mucha información faltante, la mayoría de estos eventos se presentaron en el área rural.

Otro de los hechos victimizantes que se intentó analizar desde el punto de vista de magnitud fue el de violencia sexual. Sin embargo, el registro de este hecho tiene algunas dificultades de precisión, por lo cual no fue posible hacer este análisis. Es importante revisar los conceptos, definiciones, tipos de registro y formas de identificación que se tienen de este delito para consolidar un sistema de información de mayor alcance. Los análisis de consecuencias e impactos por hecho victimizante se llevaron a cabo desde el punto de vista cuantitativo a partir de técnicas estadísticas determinadas que permitieron definir el impacto en cada uno de los indicadores psicosociales.

De otra parte, el análisis cualitativo permitió acercarse en el análisis de factores asociados y características para los hechos victimizantes.

Las diferencias por indicadores permiten afirmar que en relación con la salud, los niños desvinculados muestran cicatrices, amputaciones, un nivel de discapacidad importante y síntomas de salud. Lo interesante en este grupo son altos índices de masa corporal, probablemente relacionados con el tipo de dieta a que estos niños niñas y adolescentes llevan. En este mismo indicador, los niños desplazados muestran un bajo índice de masa corporal, lo cual puede estar relacionado con las dificultades nutricionales a las que se pueden ver enfrentados. Asimismo, para los niños desplazados, la presencia de la discapacidad está en un nivel de riesgo.

En los indicadores de salud, los niños víctimas de violencia sexual reportan mayor número de enfermedades, mientras que los niños víctimas de MAP - Muse- AEI reportan más cicatrices, amputaciones, discapacidad y síntomas de salud.

Los niños huérfanos presentan cicatrices en menor intensidad que los anteriores, alto índice de masa corporal no en el mismo nivel que los desvinculados pero sí a tener en consideración y más síntomas de salud.

Los indicadores psicosociales propiamente dichos fueron evaluados a través de pruebas psicológicas estandarizadas, versiones en español, con información sobre aplicaciones en territorio colombiano y datos de confiabilidad y validez para las mismas muestras. En los indicadores asociados al afecto, los desvinculados están más afectados en su autoestima, muestran más preocupación por la muerte y la salud y muestran más incapacidad de sentir alegría y felicidad. En menor medida presentan malestar subjetivo y afecto negativo, problemas sociales, sentimientos de culpa y de tristeza y dificultades con la regulación emocional.

Los niños, niñas y adolescentes desplazados, por su parte, muestran afectaciones moderadas, es decir, algunos indicadores asociados con el afecto negativo, los problemas sociales y la autoestima, la preocupación por la muerte, la incapacidad de sentir alegría y felicidad y dificultades en la regulación interna pero ambos grupos están en riesgo de presentar problemas de salud mental si no reciben atención psicosocial adecuada, algunos en mayor riesgo que otros. Esto se identifica a través de los puntajes obtenidos en las pruebas por cada una de las escalas.

Los niños víctimas de violencia sexual están severamente afectados en su capacidad relacional, muestran altos índices de afecto negativo y dificultad en la regulación emocional interna. Este último indicador también lo presentan en menor medida las víctimas de MAP - Muse- AEI. Los niños huérfanos, muestran afectación en todos los indicadores asociados al afecto. Los niveles más críticos se muestran en los sentimientos de culpabilidad y en indicadores asociados a la depresión como tristeza, llanto e indefensión.

Los resultados sobre procesos emocionales internos y externos permiten afirmar que los niños, niñas y adolescentes desvinculados muestran algunas dificultades con el procesamiento emocional interno como retraimiento, quejas somáticas, ansiedad, dificultades de relación y problemas de atención en un nivel bajo que deben ser fortalecidas mediante actividades educativas, culturales y lúdicas que les permitan potenciar dichas habilidades. Los riesgos se muestran en lo referente a la distorsión del pensamiento, es decir, la forma como perciben e interpretan la vida, la realidad y el comportamiento de otros. Los niños, niñas y adolescentes desplazados en este mismo indicador están comparativamente más afectados que el grupo de desvinculados. Particularmente muestran mayor tendencia a aislarse, más comportamientos ansiosos y mayores problemas de atención, lo cual estaría relacionado con la ansiedad. Las víctimas de violencia sexual muestran impacto en todas las áreas de este indicador, como el aislamiento, las quejas somáticas, la ansiedad, los problemas de relación y de la atención en niveles de riesgo importantes. Los niños, niñas y adolescentes huérfanos estarían más afectados en las quejas somáticas y el comportamiento social.

En relación con el procesamiento emocional que tiene manifestaciones externas, los desvinculados muestran mayores conductas agresivas y mayor tendencia en comportamiento transgresor de normas. Estos dos indicadores también están presentes en las víctimas de violencia sexual de manera crítica y en los huérfanos se evidencia más la transgresión de normas y en un nivel más leve la conducta agresiva.

El estrés postraumático es más evidente en los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, en nivel medio en los huérfanos y en nivel más moderado en los desvinculados.

La capacidad de vinculación, que es una habilidad importante en todas las etapas del ciclo de vida, se ve afectada de diferente forma en cada uno de los grupos estudiados. Mientras que los desvinculados y los huérfanos presentan una afectación moderada para establecer el vínculo con sus padres y cuidadores, los niños desplazados muestran una capacidad vincular con sus padres y amigos en nivel crítico y en riesgo. Los desvinculados tienen un vínculo desorganizado con miembros de la comunidad o la institución, y los huérfanos con los pares escolares.

En el indicador de desarrollo integral, los niños, niñas y adolescentes desplazados perciben menor apoyo externo y tienen muchas dificultades con el uso constructivo del tiempo. Los desvinculados muestran una afectación baja en el uso constructivo del tiempo mientras que las víctimas de violencia sexual manifiestan problemas con la identidad. En el caso de los niños, niñas y adolescentes huérfanos, el uso constructivo

del tiempo también es un elemento por fortalecer desde la perspectiva psicosocial.

En los procesos de juicio moral, los más afectados en nivel de riesgo crítico son los desvinculados, ya que utilizan mecanismos para evadir la responsabilidad, culpar a otros de sus actos y tratar de sacar ventaja de las situaciones en las cuales se ven involucrados (Bandura, 1996). También se encuentran comprometidos en este indicador las víctimas de violencia sexual y, en menor medida, los desplazados y huérfanos.

En todos los grupos se ven niveles altos de resiliencia, aunque en el caso de los desvinculados hay dificultades con la perseverancia, la confianza en sí mismo y la ecuanimidad. Las víctimas de MAP-AEI tienen problemas con la confianza en sí mismos y los huérfanos, con la satisfacción personal.

Las habilidades sociales son probablemente uno de los indicadores que muestra mayor impacto en todos los grupos, aunque los impactos son diferenciales. Los desplazados tienen menor confianza y control; los huérfanos piden menos ayuda, tienen menos confianza en otros y muestran una habilidad de control moderada; las víctimas de violencia sexual no confían en otros y los desvinculados son los que mejores habilidades de relación manifiestan.

Los análisis por edad, sexo y etnia ponen de presente que las niñas están más afectadas en algunos indicadores por hecho victimizante, pero en otros son los niños los que muestran mayores problemas. Esto pone de presente la necesidad y urgencia de la atención psicosocial diferenciada y focalizada. Los niños, niñas y adolescentes de comunidades indígenas y afrocolombianas en todos los indicadores están afectados en todos los hechos victimizantes.

Es importante analizar cada uno de los resultados para determinar el estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado. Las diferencias por hecho victimizante para cada uno de los indicadores psicosociales es evidente, lo cual debe ser tenido en cuenta para las acciones complementarias de la atención psicosocial de estos niños, niñas y adolescentes, de tal manera que se logre no solo el restablecimiento de sus derechos sino la reparación integral, necesaria y urgente para la reconciliación y la construcción de la paz en nuestro país.

En la Tabla 16 se muestran los niveles de riesgo entre alto, moderado y bajo para cada uno de los indicadores por hecho victimizante.

Tabla 16. Niveles de riesgo por indicador para cada hecho victimizante.

INDICADORES	DESVINCULADOS	DESPLAZAMIENTO FORZADO	VIOLENCIA SEXUAL	MAP-Muse-AEI	ORFANDAD
<b>Salud</b>					
Cicatriz	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto
Enfermedad	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio
Amputaciones	Alto	Medio	Medio	Alto	Medio
Discapacidad	Alto	Alto	Medio	Alto	Medio
Alto IMC	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto
Bajo IMC	Alto	Alto	Medio	Medio	Medio
<b>Asociados al afecto</b>					
Respuesta afectiva	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
Problemas de relación (interacción social, aislamiento y soledad)	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
Autoestima	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto
Preocupación por la muerte y salud (sueños y fantasías)	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto
Sentimiento de culpabilidad	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto
Otros indicadores del afecto	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto
Capacidad de sentir alegría y felicidad	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto
Sentimiento de tristeza	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto
Otros elementos asociados a la regulación emocional	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
<b>Procesos emocionales internos</b>					
Aislamiento	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Quejas somáticas	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Ansiedad	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
Comportamiento social	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto
Distorsión de pensamiento	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto
Problemas de atención	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
<b>Procesos emocionales internos</b>					
Aislamiento	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Quejas somáticas	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Ansiedad	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
Comportamiento social	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto
Distorsión de pensamiento	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto
Problemas de atención	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto

INDICADORES	DESVINCULADOS	DESPLAZAMIENTO FORZADO	VIOLENCIA SEXUAL	MAP-Muse-AEI	ORFANDAD
<b>Procesos externos</b>					
Conductas en contra de la norma	Riesgo moderado		Riesgo alto	Riesgo moderado	Riesgo bajo
Conductas agresivas	Riesgo bajo		Riesgo alto		Riesgo moderado
Estrés postraumático	Riesgo moderado		Riesgo alto		Riesgo bajo
<b>Capacidad de vínculo</b>					
Padres	Riesgo moderado	Riesgo alto	Riesgo bajo		Riesgo moderado
Amigos	Riesgo moderado	Riesgo alto	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado
Colegio			Riesgo moderado		Riesgo alto
Miembros de la comunidad	Riesgo alto				
<b>Desarrollo integral</b>					
Apoyo percibido	Riesgo moderado	Riesgo alto			
Uso constructivo del tiempo	Riesgo moderado	Riesgo alto	Riesgo bajo		Riesgo moderado
Identidad positiva			Riesgo alto		
<b>Procesos de juicio moral</b>					
Justificación moral	Riesgo alto				
Lenguaje eufemístico	Riesgo alto				
Comparación ventajosa	Riesgo alto	Riesgo bajo			Riesgo moderado
Responsabilizar a otros por sus comportamientos	Riesgo alto	Riesgo moderado			
Difusión de la responsabilidad	Riesgo alto	Riesgo moderado	Riesgo bajo		Riesgo moderado
Distorsión de las consecuencias	Riesgo alto				Riesgo moderado
Atribución de la culpa	Riesgo alto				
Juicio moral total	Riesgo moderado	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo moderado	
<b>Resiliencia</b>					
Perseverancia	Riesgo alto	Riesgo moderado			
Confianza en sí mismo	Riesgo moderado	Riesgo bajo		Riesgo alto	
Manejo de la soledad	Riesgo alto	Riesgo moderado			
Ecuanimidad	Riesgo alto	Riesgo moderado			
Satisfacción personal		Riesgo moderado			Riesgo alto
<b>Comportamiento prosocial</b>					
Ayuda	Riesgo moderado	Riesgo moderado	Riesgo bajo		Riesgo alto
Confianza	Riesgo moderado	Riesgo alto	Riesgo bajo		Riesgo alto
Simpatía	Riesgo moderado	Riesgo moderado	Riesgo bajo		Riesgo alto
Control		Riesgo alto			Riesgo moderado

- Riesgo alto
- Riesgo moderado
- Riesgo bajo

## 6.2 RECOMENDACIONES

En general, a partir de los resultados derivados de la presente investigación, las recomendaciones se consolidan en tres líneas principales:

### En información y conocimiento

- Es evidente que hay una gran necesidad de fortalecer los sistemas de información y recolección de los datos. Es urgente revisar los conceptos que fundamentan los registros, la forma y los tiempos en que se hacen. De otra parte, es importante tener en cuenta quien hace los registros, con cuál periodicidad y que capacitación tienen los responsables de mantener los sistemas de información a nivel nacional, regional y local.
- Otro punto por tener en cuenta está relacionado con la forma que se consolida la información de cada uno de los casos de los niños, niñas y adolescentes en los diferentes programas. Hay una urgencia de consolidar y sistematizar la información para hacer análisis más profundos que permitan la planeación de la atención y la intervención. La historia que se registra de los niños, niñas y adolescentes debe ser revisada y articulada en las diferentes dimensiones del desarrollo y ser más precisa en lo que se refiere al aspecto individual en particular, a su salud física, mental y el estado psicosocial.
- En cuanto a la generación de conocimiento, es esencial que se continúe en una línea de investigación en este aspecto y profundizar en diferentes áreas que se relacionan con la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. Aspectos como la presencia del trauma complejo y el efecto de la adversidad aún no se agotan en este estudio. Se recomienda ampliar el estudio a otras áreas como en el neurodesarrollo de los niños, niñas y adolescentes, profundizar en el aspecto cognoscitivo y el desempeño escolar. De igual manera, lo emocional debe seguir siendo un área de estudio al igual que el comportamiento y el desarrollo en general. Es interesante contar con comparaciones por modalidad de atención con muestras independientes de mayor tamaño.
- Aún siguen los vacíos en el conocimiento en relación con la violencia sexual, ya que los grupos deben ser ampliados para lograr conclusiones más robustas.
- Orientar investigaciones para identificar los mecanismos que se dan en niños en el tránsito del sufrimiento a cuadros clínicos más severos para incidir sobre estos factores y prevenir cuadros clínicos severos en su salud mental, en la edad adulta.

- **En el área de evaluación, atención, educación y prevención**

### A nivel individual

- Es necesario contar con herramientas de detección y evaluación de fácil manejo y que permitan a los profesionales contar con mayor información en corto tiempo teniendo en cuenta su limitación en los contextos de protección y salud por las grandes demandas que se tienen.
- Es fundamental contar con guías de atención psicosocial por hecho victimizantes con herramientas adecuadas y adaptadas para la población.
- Fortalecer la evaluación y atención integral en salud con perspectiva de derechos, de protección y encaminada a su rehabilitación y reparación. Reforzar los programas nutricionales para los niños desplazados. Así mismo se recomienda el acceso a controles médicos periódicos para estas poblaciones.
- Es urgente tener programas diferenciados con base en las necesidades de las niñas en comparación con los niños, como lo evidencian los resultados diferenciales.
- Es necesario que los programas de atención psicosocial para niños niñas y adolescentes contemplen las diferencias por los grupos étnicos, como se aprecia en los presentes resultados, estrategias que contemplen el origen étnico, sus costumbres, cosmología y creencias; el proceso de desarrollo, el estado físico y emocional, y se anteponen el interés del niño niña o adolescentes a cualquier otro argumento.
- En relación con la atención psicosocial con miras a la prevención desarrollar mayores estrategias focalizadas para trabajar por: 1). La autoregulación, el manejo del miedo y el control emocional en los niños desplazados, desvinculados huérfanos y víctimas de violencia sexual 2). Fortalecer los programas de competencias prosociales para desplazados, huérfanos y desvinculados con énfasis particulares según resultados el estudio, en particular para prevenir la agresión. 3). Desarrollar estrategias orientadas a la elaboración de duelo en los niños huérfanos. 4). Generar estrategias que permitan a los niños desplazados recuperar su identidad y su sentido

de pertenencia. 5). Desarrollar programas para fortalecer vínculos con padres, especialmente en los desplazados y desvinculados y en recuperación de la confianza en otros para las víctimas de violencia sexual y en sí mismos para las víctimas de MAP-Muse. 6). Programas para fortalecer los valores y afianzar el juicio moral, asumiendo la responsabilidad necesaria para los niños desvinculados. 7). Definir para cada grupo las variables asociadas a la resiliencia y preveer acciones en este sentido. 8). Programas de recreación y psicoeducación orientados a prevenir los estados emocionales depresivos en los niños desvinculados. 9). Acciones orientadas a fortalecer las habilidades de planeación del proyecto de vida para todos los grupos

### A nivel familiar

- Fortalecer el trabajo con familias monoparentales, en particular, en aquellos donde se encuentran los niños, desplazados y huérfanos de uno de los padres.
- Destinar mayores recursos y capacitación para las familias que apoyan programas, como el hogar gestor.
- Trabajar en el fortalecimiento de las redes familiares y el apoyo, particularmente en las familias de los niños desplazados.

### A nivel comunitario/educativo/institucional

- Para los niños desplazados y desvinculados que interrumpen su proceso educativo y que es retomado posteriormente en diferentes circunstancias es necesario: 1) Adecuar los currículos escolares a sus necesidades y contar con estrategias de evaluación apropiadas para su edad, desarrollo y condición de víctimas en proceso de recuperación. 2) Para los desplazados se recomienda reajustar curricularmente el grado 5°, y 6°. 3) Se recomienda el desarrollo de los programas alternativos para el manejo del tiempo libre liderados por las instituciones educativas. 4) Llevar a cabo programas educativos para evitar la estigmatización de niños, niñas y adolescentes desplazados, desvinculados y víctimas de MAP-Muse, y el acoso escolar.
- Llevar a cabo programas comunitarios para evitar la estigmatización de niños, niñas y adolescentes desplazados, desvinculados y víctimas de MAP-Muse-AEI. En el caso de los huérfanos se recomienda su no revictimización en los contextos comunitarios. El sentido es lograr que estos niños asuman un rol diferente al de

víctimas, ya que lo anterior incide en su autoeficacia y desarrollo personal, así como en su proyecto de vida.

- Para los niños, niñas y adolescentes víctimas de MAP-Muse es necesario facilitar el acceso a servicios y particularmente, a prótesis y programas de rehabilitación integral para lograr una calidad de vida.

### En fortalecimiento institucional

- Se recomienda fortalecer la formación de los profesionales responsables de la atención psicosocial en técnicas de evaluación y atención especializadas, en manejo de guías de atención específicas para lograr mejores resultados en la atención.
- Se recomienda el desarrollo y la validación de herramientas de fácil acceso a los profesionales, que permitan la sistematización y consolidación de resultados de manera efectiva.

### En relación con la metodología del estudio

La presente investigación tuvo limitaciones importantes como las relacionadas con las muestras, por ejemplo, en el caso de las víctimas de violencia sexual y de MAP-Muse. En el caso de los niños, niñas y adolescentes víctimas de secuestro, esta muestra fue de difícil consecución, por lo que solo se llevó a cabo el análisis de magnitud.

En general, la recolección de la información fue compleja debido a los recursos a nivel local y al tiempo con el que se contó para llevar a cabo el estudio. La aplicación individual prueba por prueba hace que el tiempo sea mayor, pero esto fue necesario por el nivel de comprensión de los niños, niñas y adolescentes, lo que aseguraba que el resultado fuera el correcto. Otro elemento por considerar es la articulación con el nivel regional, la disponibilidad de los niños para las aplicaciones y los lugares en que se encuentran.

Es necesario que estudios como este sean de carácter longitudinal para lograr mayor certeza en los resultados. Sin embargo, el diseño utilizado, los análisis realizados y la complementariedad con las estrategias cualitativas permitieron una comprensión del impacto del conflicto armado en el estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes.

A pesar de los inconvenientes se lograron los objetivos, los resultados y las recomendaciones que hoy se presentan. Es necesario poner de presente que se podría continuar con los análisis, ya que la información recolectada así lo permitiría.



---

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. D.  
1985 Attachments Across the Life Span. *Bull N Y Acad Med*, 61(9), 792-812.  
1989 Attachments Beyond Infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716
- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., & Marsh, P.  
2007 The relation Of Attachment Security to Adolescents Paternal and Peer Relationships, Depression, and Externalizing Behavior. *Child Dev*, 78(4), 1222-1239. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01062.
- Amnistía Internacional  
1981 Boletín Informativo. Vol. 4 N. 8  
2011 Informe 2011. *El estado de los derechos humanos en el mundo*. Madrid: Editorial Amnistía Internacional (EDAI)
- Anthony, EK.  
2008 Cluster Profiles of Youths Living in Urban Poverty: Factors Affecting Risk and resilience. *Social Work Research*, 32(1), 6-17.
- Armed Conflict Work Group  
2011 United Nations Security Council. *Conclusions on Children and Armed Conflict in Afghanistan*. SI AC.51/2011/3
- Bandura, A.  
1990 Mechanisms of Moral Disengagement. In W. Reich (Ed.), *Origins of Terrorism: Psychologies, Ideologies, Theologies, States of Mind* (pp. 161-191). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura A, Capara G, Barbaranelli C, & Pastorelli C.  
1996 Mechanisms of Moral Disengagement in the Exercise of Moral Agency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 364– 374.
- Barlow, D  
2002 Unraveling the Mysteries of Anxiety and its Disorders from the Perspective of Emotion Theory. *American Psychologist*, 55, 1247-1259.  
2008 Protocolo Unificado de Trastornos Emocionales. Seminario Taller *Universidad de los Andes*, Noviembre 11, 2008. Bogotá
- Benjet, C  
2008 Los trastornos mentales en niños y adolescentes en América Latina y el Caribe. Capítulo en *"Epidemiología de las Enfermedades Mentales en América Latina y el Caribe"*. Washington D.C: OPS.

- Betancourt, T.  
2010 A Longitudinal Study of Psychosocial Adjustment and Community Reintegration Among Former Child Soldiers in Sierra Leone. *International Psychiatry*, 7, (3), 60-62
- Betancourt, Elizabeth A. Newnham, Ryan McBain and Robert T. Brennan  
2013 Post-Traumatic Stress Symptoms Among Former Child Soldiers in Sierra Leone: follow-up study. *The British Journal of Psychiatry* (2013) 203, 196–202. doi: 10.1192/bjp.bp.112.113514
- Betancourt, T., & Tanveer Khan, K.  
2008 La salud mental de los niños afectados por los conflictos armados: los procesos de protección y vías de resistencia en *Revista Internacional de Psicología*, Volumen 20 (3), pp 317-28
- Betancourt, T. S., Borisova, I. I., de la Soudière, M., & Williamson, J.  
2011 Sierra Leone's Child Soldiers: War Exposures and Mental Health Problems by Gender. *J Adolesc Health*, 49(1), 21-28. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.09.021
- Black, C.  
2013 Depression Strategies, CA: Mac Publishing
- Bolívar C, Contreras J, Jiménez M, & Chaux E.  
2010 Desentendimiento moral y dinámicas de robo escolar. *Revista Criminalidad*, 52(1).
- Boothby, N., Blaster, R., Goldman, Ph., Wessells, M., Zeanah, Ch., Huebner, G., & Garbarino, J.  
2012 Coordinated and Evidence-Based Policy and Practice for Protecting Children Outside of Family Care. *Child Abuse & Neglect*, 36 pp 743–751. disponible en <http://www.childreninadversity.gov/docs/default-source/evidence-summit-resources/boothby.pdf?sfvrsn=2>
- Bowlby, J  
1993 *El vínculo afectivo*, Barcelona: Edi. Paidós
- Brent, D. A., & Maalouf, F. T.  
2009 Pediatric Depression: is There Evidence to Improve Evidence-Based Treatments? *J Child Psychol Psychiatry*, 50(1-2), 143-152. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.02037.x
- Briere, J., & Runtz, M.  
1989 The Trauma Symptom Checklist (TSC-33): Early Data on a New Scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 151-163.
- Briere, J., & Conte, J.  
1993 Self-Reported Amnesia for Abuse in Adults Molested as Children. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 21-31.
- Bronfenbrenner, U.  
1976 The Ecology of Human Development: History and Perspectives. *Psychologia*, 19 (5) pp 537-549

- 1979 The Ecology of Human Development. Cambridge, Harvard University Press. (trad. Cast: *La ecología del desarrollo humano*). Barcelona: Ediciones Paidós
- 1986 Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), pp 723-742.
- 1992 Ecological Systems Theory. En R Vasta (Ed), *Six Theories of Child Development: Revised Formulations and Current Issues*. Pp. 187-249. Bristol: Jessica Kingsley Publisher.
- 1999 Environments in Developmental Perspective: Theoretical and Operational Models. En S.L. Friedman (Ed.), *Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts*. Pp 3-38. Washington DC: American Psychological Association.
- Browne, A., & Finkelhor, D
- 1986 Impact of child Sexual Abuse: a Review of the Research. *En Psychological Bulletin*, Vol 99(1), 66-77  
APA Psycnet, disponible en <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.66>
- Camargo, S. Mejía, G., Herrera, N., y Carrillo, S
- 2007 Adaptación del cuestionario personas en mi vida en niñas y niños bogotanos entre 9 y 12 años de edad. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 83-93
- Carlo G, Roesch SC, Knight GP, & Koller SH.
- 2001 Between –or Within– Culture Variation? Culture Group as a Moderator of the Relations Between Individual Differences and Resource Allocation Preferences. *Applied Developmental Psychology*, 22, 559-579.
- Caceres Ortiz, E
- 2013 Guía integrada de atención psicosocial para NNA huérfanos víctimas del conflicto armado. Bogotá: OIM, ICBF, Unicef. Manuscrito no publicado.
- Casa de la mujer, Oxfam, & Ministry of Foreign Affairs.
- 2011 Primera Encuesta de Prevalencia - Resumen ejecutivo. Violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano, 2001 - 2009 *Violaciones y otras violencias. Saquen mi cuerpo de la guerra*. Bogotá, Colombia.
- Céspedes, L.M.
- 2010 La violencia sexual en contra de las mujeres como estrategia de despojo de tierras en el conflicto armado colombiano. *Revista de Estudios Socio-Jurídicos*, 12 (2), 273-304.
- Cicchetti, D.
- 2004 An Odyssey of Discovery: Lessons Learned Through Three Decades of Research on Child Maltreatment. *American Psychologist*, 59(8), 4-14.
- Comité Internacional de la Cruz Roja - CICR
- 1998 Declaración del Comité Internacional de la Cruz Roja sobre las armas. Asamblea General de las Naciones Unidas - Quincuagésimo tercer período de sesiones Primera Comisión, temas 71, 75 y 78 del programa - Desarme general y completo. Nueva York, 19 de Octubre. disponible en <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/5tdm66.htm>

- Cohen, R y Deng, F.M.  
2009 Mass displacement Caused by Conflicts and One-Sided Violence: National and International Responses. SIPRI Yearbook 2009: Armaments, Disarmament and International Security.
- Cohen, J., Mannarino, A.P., Murria, L., & Igelman, R.  
2006 Psychosocial interventions for Maltreated and Violence – Exposed Children. *Journal of Social Issues*, 62, 737-766
- Cole, P.M., & Putnam, F.W.  
1992 Effect Of Incest on Self and Social Functioning: a Developmental Psychopathological Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, pp 174-183
- Comisión de Búsqueda de Personas Desaparecidas.  
2012 Consolidado Nacional de Desaparecidos. Recuperado 26 Ene 2012
- Congreso de la República de Colombia  
Ley 387 de 1987  
Ley 1448 de 2011  
Ley 1616 de 2013
- Consejo Nacional de Política Económica y Social  
Conpes 3726 del 30 de mayo de 2012
- Corporación Sisma Mujer  
2008 Más allá de las cifras. Violencia contra las mujeres. Conflicto armado. Cuarto informe de la Red Nacional de Mujeres Corporación Sisma Mujer
- Corte Constitucional de la República de Colombia  
Auto 251 de 2008
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).  
2005 Informe anual. Capítulo IV. Desarrollo de los derechos humanos en la región. Disponible en <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2005sp/cap.4.htm>
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A.  
2003 Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), pp 837-844
- Costello, J., Erkanli, A., y Angold, A.  
2006 Is there an Epidemic of Child or Adolescent Depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:12 (2006), pp 1263–1271 doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x
- Creswell, J. W., Klassen, A., Clark, V., & Smith, K.  
2011 Best Practice for Mixed Methods Research in the Health Sciences. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health

- Csete, J., Kippenberg, J., & Human Rights Watch (Organization).  
2002 *The War Within the War : Sexual Violence Against Women and Girls in Eastern Congo*. New York: Human Rights Watch.
- De Kemp, R. A. T., Overbeek, G., De Wied, M., Engels, R. C. M. E., & Scholte, R.H. J.  
2007 Early Adolescent Empathy, Parental Support, and Antisocial Behavior. *The Journal of Genetic Psychology*, 168, 5–18. doi:10.3200/GNTP.168.1.5-18
- Klasen, F., Oettingen, G., Daniels, J., & Adam, H.
- Dennehy, P. H., Cortese, M. M., Bégué, R. E., Jaeger, J. L., Roberts, N. E., Zhang, R., Staat, M. A.  
2006 A Case-Control Study to Determine Risk Factors for Hospitalization for Rotavirus Gastroenteritis in U.S. Children. *Pediatr Infect Dis J*, 25(12), 1123-1131. doi: 00006454-200612000-00006 [pii] 10.1097/01.inf.0000243777.01375.5b
- Deković, M.  
1999 Parent-adolescent Conflict: Possible Determinants and Consequences. *International Journal of Behavioral Development*, 23 (4), 977–1000
- Dickie, E.W., Brunet, A., Akerib, V., and Armony, J.L.  
2008 An fMRI Investigation of Memory Encoding in Ptsd: Influence of Symptom Severity. *Neuropsychologia* 46 , 1522 – 1531.
- Dimitry, L.  
2011 *Child: Care, Health and Development*, 38, 2, 153–161
- 2012 A Systematic Review on the Mental Health of Children and Adolescents in Areas of Armed Conflict in the Middle East. *Child Care Health Dev*, 38(2), 153-161. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01246.x
- Donohoe, M.  
2004 War, Rape, and Genocide: Never Again? *Medscape Today News*.
- Drury, J., & Williams, R.  
2012 Children and Young People Who are Refugees, Internally Displaced Persons or Survivors or Perpetrators of War, Mass Violence and Terrorism. *Curr Opin Psychiatry*, 25(4), 277-284. doi: 10.1097/YCO.0b013e328353eea6
- Dunn, D. S., Brewer, C.L., Cautin, R. I., Gurung, R. A., Keith, K. D., McGregor, L. N., Nida, S. A., Puccio, P., & Voight, M. J.  
2010 The Undergraduated Psychology Curriculum: Call for a core. In D. F. Harlpern (Ed.), *Undergraduated Education in Psychology: A Blueprint for the Future of the Discipline* (pp. 47-61). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dybdahl, R.  
2001 Children and Mothers in War: An Outcome Study of a Psychological Intervention Program, en *Child Development*, vol 72 (4) pp. 1214-1230

- Dyregrov, A., Gjestad, R., & Raundalen, M.  
2002 Children Exposed to Warfare. A Longitudinal Study. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 15, pp 59-68
- Elbedour, S., Onwegbuzie AJ, Ghannam, J., Whitecome, JA., Abu-Hein, F.  
2007 Post Traumatic Stress Disorder, Depression and Anxiety Among Gaza Strip Adolescents in the Wake of the Second Uprising (Intifada). *Child abuse and neglect*, Vol. 31, pp. 719-729
- Felitti, V., Anda, F.R., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Splitz, A., Edwards, V., Koss, M.P., y Marks, J.M.  
1998 Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A.  
2005 Adolescent Resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annu Rev Public Health*, 26, 399-419. doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357
- Finkelhor, D.  
1986 Preventing Approaches to Child Sexual Abuse. En M. Lystad (Ed.), *Violence in the Home: Interdisciplinary Perspectives*. New York: Brunner/Mazel
- 2008 Lessons from the Decline in Child Maltreatment in the USA. Paper presentado en el XVIIth ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect. Hong Kong SAR, China.
- Flegal, K.M., Graubard, B.I., Williamson, D.F., & Gail, M.H.  
2007 Cause-Specific Excess Deaths Associated With Underweight, Over-Weight, and Obesity. *The journal of the American Medical Association*, 298 (17) pp. 2028-2037
- Ford, J.D., & Curtois, C.A.  
2013 Treatin Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescent. New York: Guilford Press
- Fundación pais Libre.  
2012 Boletín *Indicadores de secuestro en Colombia 2003-2012*, análisis comparativo del secuestro entre 2011 y 2012.
- Garaigordobil M, & Maganto C.  
2011 Empatía y resolución de conflictos durante la infancia y la adolescencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43, 255-266.
- Garbarino, J.  
2008 Children and the Dark Side of Human Experience Confronting Global Realities and Rethinking Child Development. Chicago: Springer
- 2013 The Impact of War on the Human Development of Children. Paper prepared for the IOM Colombia, Loyola University Chicago.
- Gartland, D., Bond, L., Olsson, C. A., Buzwell, S., & Sawyer, S. M.  
2011 Development of a Multi-Dimensional Measure of Resilience In Adolescents: The Adolescent Resilience Questionnaire. *BMC Med Res Methodol*, 11, 134. doi: 10.1186/1471-2288-11-134

- Golden, N. H., Yang, W., Jacobson, M. S., Robinson, T. N., & Shaw, G. M.  
2012 Expected Body Weight in Adolescents: Comparison Between Weight-for-Stature and Bmi Methods. *Pediatrics*, 130(6), e1607-1613. doi: 10.1542/peds.2012-0897
- Gomez, R., & McLaren, S.  
2007 The Inter-Relations of Mother and Father Attachment, Self-Esteem and Aggression During Late Adolescence. *Aggress Behav*, 33(2), 160-169. doi: 10.1002/ab.20181
- Gracia E, Fuentes MC, & García F.  
2010 Barrios de riesgo, estilos de socialización parental y problemas de conducta en adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 265-278.
- Grupo de Memoria Histórica (GMH)  
2013 ¡Basta Ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Gullotta T, Adams G, & Markstrom C.  
1999 The Adolescent Experience (4th ed.). Burlington: Academic Press.
- Guo, Y., Nilsson, M. E., Heiligenstein, J., Wilson, M. G., & Emslie, G  
2006 An Exploratory Factor Analysis of The Children's Depression Rating Scale-Revised. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 16(4), 482-491. doi: 10.1089/cap.2006.16.482
- Guy, K. M.  
2009 The Political and Cultural Background for Using Child Soldiers. *Torture*, 19(2), 132-136.
- Harbom, L., & Wallensteen, P.  
2007 Armed conflict, 1989-2006. *Journal of Peace Research*, 44, 623
- Harel-Fisch, Y., Radwan, Q., Walsh, S. D., Laufer, A., Amitai, G., Fogel-Grinvald, H., & Abdeen, Z.  
2010 Psychosocial Outcomes Related to Subjective Threat from Armed Conflict events (STACE): Findings from the Israeli-Palestinian cross-cultural HBSC study. *Child Abuse Negl*, 34(9), 623-638. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.12.007
- Hazan, C, & Zeifman, D.  
1994 Sex and the Psychological Tether. in Bartholomew K & Perlman D (Eds.), *Advances in Personal Relationships: Attachment Processes in Adulthood* (Vol. 5, pp. 151–177). London.
- Holmgren, R., Eisenberg, N. & Fabes, R. A.  
1998 The Relations of Children's Situational Empathy related Emotions to Dispositional Prosocial Behaviour. *International Journal of Development*, 22, 169-193.
- Hyde, L. W., Shaw, D. S., & Moilanen, K. L.  
2010 Developmental Precursors of Moral Disengagement and the Role of Moral Disengagement in the Development of Antisocial Behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 38(2), 197-209. doi: 10.1007/s10802-009-9358-5

- Ibañez, A., & Vélez, C.E.  
 2003 Forced Displacement in Colombia: Causality and Welfare Losses.  
 2007 Civil Conflict and Forced Migration: The Micro Determinants and Welfare Losses of Displacement in Colombia. *World Development*, 36 (4), 659-676.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar  
 2006 *Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006*. Ministerio de la Protección Social. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC).  
 2012 *Global Overview 2011: People Internally Displaced by Conflict and Violence* (pp. 93 p.). Retrieved from <http://www.internal-displacement.org/publications/global-overview-2011.pdf>
- International Labour Organization ILO.  
 1999 *Worst Forms of Child Labour Convention, 1999* (No. 182). Geneva, Switzerland.
- Jaramillo-Vélez DE, Ospina-Muñoz DE, Cabarcas-Iglesias G, & Humphreys J.  
 2005 Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Revista de Salud Pública*, 7(3).
- Johnson, R., Onwuegbuzie, A. and Turner, L.  
 2007 "Toward a Definition of Mixed Methods Research", *Journal of Mixed Methods Research*, Vol.1, Issue 2, pp 112-133
- Jordans, M.JD., Tol, W.A., Komproe, I.H., & De Jong JVTM  
 2009 Systematic Review of Evidence And Treatment Approaches: Psychosocial and Mental Health Care for Children in War. *Child and Adolescent Mental Health* 14(1):2-14.
- Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor.  
 1993 Impact of sexual Abuse on Children: A Review and Synthesis of Recent Empirical Studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180
- Klasen F, Oettingen G, Daniels J, Adam H  
 2010 Multiple trauma and mental health in former Ugandan child soldiers. *J Trauma Stress* 23: 573–581. doi: 10.1002/jts.20557.
- Kohn, R. & Rodríguez, J.  
 2009 Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. En J. J. Rodríguez, R. Kohn & S. Aguilar-Gaxiola (eds.) *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*, (pp. 19-34). Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Kovacs, M., Devlin, B., Pollock, M., Richards, C., & Mukerji, P.  
 1997 A controlled Family History Study of Childhood-Onset Depressive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54(7), 613-623.

- Kotliarenco, M<sup>o</sup> A.; Cáceres, I.; Álvarez, C.  
1996 Resiliencia: construyendo en adversidad. Santiago de Chile: CEANIM
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B.  
2002 The world report on violence and health. *Lancet*, 360(9339), 1083-1088. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0
- Kumanyika, S., Williams, C. L.  
2005 Overweight in Children and Adolescents: Pathophysiology, Consequences, Prevention, and Treatment. *Circulation*, 111(15), 1999-2012. doi: 10.1161/01.CIR.0000161369.71722.10
- Kohrt, B. A., Jordans, M. J., Tol, W. A., Perera, E., Karki, R., Koirala, S., & Upadhaya, N.  
2008 Comparison of Mental Health Between Former Child Soldiers and Children Never Conscripted by Armed Groups in Nepal. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 300(6), 691-702. doi: 10.1001/jama.300.6.691  
2010 Social Ecology of Child Soldiers: Child, Family, and Community Determinants of Mental Health, Psychosocial Well-Being, and Reintegration in Nepal. *Transcult Psychiatry*, 47(5), 727-753. doi: 10.1177/1363461510381290
- Landmines and Cluster Munition Monitor, LCMM,  
2012 The Impact of Mines-ERW on Children (pp. 4).
- Levy, B. S., Sidel, V. W., & American Public Health Association.  
1997 *War and Public Health*. New York ; Oxford: Oxford University Press in cooperation with the American Public Health Association.
- Levy, K. N.  
2013 Introduction: Attachment Theory and Psychotherapy. *J Clin Psychol*, 69(11), 1133-1135. doi: 10.1002/jclp.22040
- Loeber, R., & Hay, D.F.  
1996 Key Issues in the Development of Aggression and Violence From Childhood to Early Adulthood, en *Annual Review of Psychology*, No. 48. Pp. 371-410
- Loeber, R., y Farrington, D.P.  
2000 Young Children Who Commit Crime: Epidemiology, Developmental Origins, Risk Factors, Early Interventions, and Policy Implications. *Development and Psychopathology*, 12, 737-767.
- Maughan, A., & Cicchetti, D.  
2002 The Impact of Child Maltreatment And Interadult Violence on Children's Emotion Regulation Abilities. *Child Development*, 73, 1525-1542.
- Martín-Baró, I.  
1998 Psicología de la liberación, Madrid: Trotta

- McMullen, J. D., O'Callaghan, P. S., Richards, J. A., Eakin, J. G., & Rafferty, H.  
2012 Screening for Traumatic Exposure and Psychological Distress Among War-Affected Adolescents in Post-Conflict Northern Uganda. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(9), 1489-1498. doi: 10.1007/s00127-011-0454-9
- Mestre, MV., Tur AM, Samper, P., & Nácher MJ.  
2007 Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2).
- Mestre, V., Samper, P., Tur-Porcar AM, Richaud de Minzi, MC., & Mesurado B.  
2012 Emociones, y estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 11(4).
- Miller, K. & Rasmussen, A.  
2010 War Exposure, Daily Stressors, and Mental Health in Conflict And Post-conflict settings: Bridging the Divide Between Trauma-Focused and Psychosocial Frameworks. *Social Science & Medicine*, 70, 7-16. doi:10.1016/j.socscimed.2009.09.029
- Ministerio de la Protección Social de Colombia MPS, Universidad CES, & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC.  
2010 *Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. The Who World Mental Health Survey Consortium. Colombia.*
- Molina Theissen, A.  
1996 La desaparición forzada de personas en América Latina. *Estudios Básicos de derechos Humanos. Tomo VII.* San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Moreno, J.  
2007 *Manejo de problemas de comportamiento en niños con trastornos del desarrollo.* Paper presented at the III Encuentro de la Red de Psicólogos de Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Bogota, Colombia.
- Moreno, J., & Utria, E.  
2011 Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre 2002 y 2008. *En psicología desde el caribe.* issn 0123-417X N.º 28.
- Morgos, D., Worden, J.W., Gupta, L.  
2008 Psychosocial Effects of War Experiences Among Displaced Children in Southern Darfur. *Journal of Death and Dying.* Vol. 56 (3). Pp- 229-253
- Morini, M.  
2010 First Victims then Perpetrators: Child Soldiers and International Law. *Anuario Colombiano de Derecho Internacional*, 3, 187-208.

- Morisseau, N.  
2004                      Seen but not Heard: Child Soldiers Suing Gun Manufacturers Under Alien Tort Claims Act. 89, 1263-1304.
- Naharro, M. L.; Soler, J., y Falcone, D.  
2010                      El rol del neuropsicólogo forense en los tribunales: En: A. Jarne y A. Aliaga (eds.) 2010. *Manual de neuropsicología forense*. Barcelona. Editorial Herder. pp.13-45
- Newman, I., & Benz, C. R.  
1998                      Qualitative-Quantitative Research Methodology: Exploring the Interactive Continuum. Carbondale, Illinois: Southern Illinois. University Press.
- Organización Panamericana de la Salud, O.  
2007                      *Salud en las Américas: 2007*. Volúmen I - Regional (pp. 453).
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM)  
2011                      Glosary on Migration. International Migration Law. Switzerland: International Organization for Migration
- Organización Internacional para las migraciones OIM - Universidad de los Andes  
2011                      Trata de personas en colombia: una aproximación a la magnitud y comprensión del problema. Bogotá. Editorial Kimpres Ltda
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) – Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF  
2013a                      Reclutamiento de niños, niñas y adolescentes por GAOML: una mirada a sus factores de riesgo según género. Observatorio de Bienestar de la Niñez (9).
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) – Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)  
2013b                      Violencia intrafamiliar, sexual y comunitaria en el contexto del desplazamiento forzado. Bogotá. Panamericana Formas e impresos
- Organización Internacional para las Migraciones OIM – Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)  
(Ramírez, C., & Rivero, P.)  
2013c                      Víctimas de violencia sexual en el contexto del conflicto armado: una aproximación al fenómeno. Bogotá, Manuscrito no publicado.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) – Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)  
2013d                      Guía de atención psicosocial para casos de niños, niñas y adolescentes desvinculados del conflicto armado pertenecientes a los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Manuscrito no publicado.
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., & Nakaya, M.  
2003                      Construct Validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychol Rep*, 93(3 Pt 2), 1217-1222.

- Pakaslahti, L., Karjalainen, A. & Keltikangas-Jarvinen, L.  
2002 Relationships Between Adolescent Prosocial Problem-Solving Strategies, Prosocial Behaviour, and Social Acceptance. *International Journal of Behavioral Development*, 26, 137-144.
- Papadopolous, R.  
2011 Psychosocial Interventions in Emergency Displacement, Winter school Scuola Superiore Sant' Anna, Pisa, Italy.
- Passini, S.  
2012 The Delinquency-Drug Relationship: the Influence of Social Reputation and Moral Disengagement. *Addictive Behaviors*, 37, 577-579. 2011 IF = 2.085
- Pelton J, Gound M, Forehand R, & Brody G.  
2004 The Moral Disengagement Scale: Extension with an American Minority Sample. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 26(31-39)
- Peltonen, K., & Punamäki, R.L.  
2010 Preventive Interventions Among Children Exposed to Trauma of Armed Conflict: a Literature Review. PMID: 19998393 PubMed – indexado por MEDLINE.
- Pelletier, D. L.  
1994 The Relationship Between Child Anthropometry and Mortality In Developing Countries: Implications for Policy, Programs and Future Research. *J Nutr*, 124(10 Suppl), 2047S-2081S.
- Plunkett, M. C., & Southall, D. P.  
1998 War and Children. *Arch Dis Child*, 78(1), 72-77.
- Prince Warren, M.  
2011 From Trauma to Transformation. Bettel, Ct Crown House Publishing company
- Profamilia y Agencia de los Estados Unidos de Norte América para el Desarrollo Social (USAID)  
2011 Encuesta en zonas marginadas 2011. Salud sexual y reproductiva, desplazamiento forzado y pobreza 2000-2011, Bogotá: Torre Blanca.
- Programa Especial para la Seguridad Alimentaria PESA. Seguridad alimentaria y nutricional conceptos básicos. <ftp://ftp.fao.org/TC/TCA/ESP/PESA/conceptosSAN.pdf>
- Puig-Antich, J., Goetz, D., Davis, M., Kaplan, T., Davies, S., Ostrow, L., Asnis, L., Twomey, J., Lyengar, S. Ryan, N. D.  
1989 A controlled Family History Study of Prepubertal Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 406--418.

- Ramírez, C  
 2007 Consecuencias cognoscitivas y emocionales del abuso sexual en niñas de la ciudad de Bogotá, Colombia. Investigación tutelada. Manuscrito no publicado: Universidad de Granada  
 2008 Consecuencias psicológicas del abuso sexual en el desarrollo psicológico en la infancia y adolescencia (recurso electrónico). Granada: Universidad de Granada.  
 2011 Modelo Integrado de Atención Psicosocial (MIAP). OIM, ICBF. Documento interno de trabajo.
- Rieder, M., & Choonara, I.  
 2011 Armed Conflict and Child Health. *Archives of Disease in Childhood*, Vol. 96, Issue 6.  
 2012 Armed conflict and child health. *Arch Dis Child*, 97(1), 59-62. doi: 10.1136/adc.2009.178186
- Rogol, A. D., Clark, P. A., & Roemmich, J. N.  
 2000 Growth and Pubertal Development In Children and Adolescents: Effects of Diet And Physical Activity. *Am J Clin Nutr*, 72(2 Suppl), 521S-528S.
- Rutter, M.  
 1987 Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.  
 2006 Implications of Resilience Concepts for Scientific understanding. *Ann N Y Acad Sci*, 1094, 1-12. doi: 10.1196/annals.1376.002  
 2013 Annual Research Review: Resilience--Clinical Implications. *J Child Psychol Psychiatry*, 54(4), 474-487. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Strevenson, J., Taylor, E., & Thapar, A.  
 2013 Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Mass: Blackwell publishing
- Saigh, P.A., Saik, A.E., Oberfield, R. A., Halamandaris, P.V., & Bremner, J. D.  
 2006 The Intellectual Performance of Traumatized Children and Adolescents with or Without Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Journal of Experimental Psychology: General*. Vol. 137 (4) 591-614
- Sameroff, A. J.  
 1993 Models of Development and Developmental Risk. En C. H. Zeanah, Jr (Ed.) *Handbook of infant mental health* (pág. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Sánchez, F., Díaz, A., y Formisano, M.  
 2006 Conflicto, violencia y actividad criminal en Colombia: Un análisis espacial. Documento CEDE 2003-05
- Sánchez-Queija I, Oliva A, & Parra A.  
 2006 Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 21, 259-271.
- Schaal S., Elbert T.  
 2006 Ten Years After the Genocide: Trauma Confrontation and Posttraumatic Stress in Rwandan Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*. Vol.19 pp.95–105. [PubMed]

- Scott, S., Briskman, J., Woolgar, M., Humayun, S., & O'Connor, T. G.  
2011 Attachment In Adolescence: Overlap with Parenting and Unique Prediction of Behavioural Adjustment. *J Child Psychol Psychiatry*, 52(10), 1052-1062. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02453.x
- Sierra - Hincapie G, Montoya-Velez, L & Mejía-Montoya R.  
2006 Salud mental en adolescentes en Colombia. *Revista del Observatorio Nacional de Salud Mental-Colombia*.
- Southall, D.  
2011 Armed Conflict Women and Girls Who are Pregnant, Infants and Children; a Neglected Public Health Challenge. what can Health Professionals Do?. *Early Human Development*. Vol. 87(11) pp 735-42. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.08.020.
- Srinivasa Murthy, R. & Lakshminarayana, R.  
2006 Mental Health Consequences of War: a Brief Review of Research Findings. *World Psychiatry*. Vol 5 pp. 25-31.
- Stang J, & Story M.  
2005 *Guidelines for adolescent Nutrition Services*. Minneapolis.
- Stockholm International Peace Research Institute.  
2012 SIPRI *Yearbook 2012 : Armaments, Disarmaments and International Security*. Oxford: Oxford University Press.
- Swallen, K. C., Reither, E. N., Haas, S. A., & Meier, A. M.  
2005 Overweight, obesity, and Health-Related Quality of Life Among Adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics*, 115(2), 340-347. doi: 10.1542/peds.2004-0678
- Tavara, L.  
2006 Sexual Violence. *Best Practice and Research. Clinical obstetrics and gynecology*. Vol. 20(3) pp. 395-408
- Thabet, A. A., Abed, Y. & Vostanis, P.  
2002 Emotional Problems in Palestinian Children Living in a War Zone: A Cross-Sectional Study. *Lancet*, 359, pp 1801-1804..
- Torres de Galvis Y.  
2006 Situación de salud mental del adolescente estudio nacional de salud mental, colombia. Diseño e impresión: L. Vieco e Hijos Ltda, Medellín.
- Torres-de-Galvis Y, Posada-Villa J, Bareño-Silva J, Berdesi-Fernández D, Sierra Hincapie G, Montoya-Velez L, & Mejía-Montoya R.  
2011 Salud mental en adolescentes en Colombia. *Revista del Observatorio Nacional de Salud Mental-Colombia*.
- The United Nations Children's Fund Unicef.  
2012 Progress for children. A report card on adolescents. New York.  
2002a International Criminal Justice and Children. Rome, Italy.

- Thornberg, R., & Jungert, T.  
2013 Bystander Behavior in Bullying Situations: Basic Moral Sensitivity, Moral Disengagement and Defender Self-efficacy. *J Adolesc*, 36(3), 475-483. doi: 10.1016/j.adolescence.2013.02.003
- Trickett, P.K., & Putnam, F.W.  
1998 Developmental Consequences of Child Sexual Abuse. En: Trickett Pk, Schellenbach C, Editors. *Violence Against Children in the Family and the Community*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998. pp. 39–56.
- United Nations Children's Fund Unicef. Urquiza V, & Casullo MM.  
2005 *Empatía, razonamiento moral y conducta prosocial en adolescentes*. (13), Universidad de Buenos Aires.
- Villalobos-Galvis FH, Arévalo-Ojeda C, & Rojas-Rivera FD.  
2012 Adaptación del inventario de resiliencia ante el suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 233-239.
- Vinaccia S, Quiceno JM, & Moreno SPE.  
2007 Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139-146.
- Viteri, F. E., & Gonzalez, H.  
2002 Adverse Outcomes of Poor Micronutrient Status in Childhood and Adolescence. *Nutr Rev*, 60(5 Pt 2), S77-83.
- Woodruff, B. A., & Duffield, A.  
2002 Anthropometric Assessment of Nutritional Status in Adolescent Populations in Humanitarian Emergencies. *Eur J Clin Nutr*, 56(11), 1108-1118. doi: 10.1038/sj.ejcn.1601456
- World Health Organization WHO.  
1946 *Constitution of the World Health Organization*. New York.  
1994 Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools. Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of Life Skill Programmes. Switzerland.  
2013 ¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos? recuperado en [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/index.html)
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas  
2012 Guía interinstitucional para la atención a las víctimas del conflicto armado. Bogotá: Ed. Scripto.
- Vargas, E., y Ramírez, C.  
1999 Maltrato infantil. Bogotá, Colombia: Ed. Planeta
- Wagnild, G. M. & Young, H. M.  
1987 The Resilience Scale. Disponible en <http://www.resilience-scale.com>

- Ward, J., Kirk, J., & Ernst, L.  
2005 *Broken Bodies, Broken Dreams: Violence against women exposed*. Nairobi: OCHA/IRIN.
- Watchlist on Children and Armed Conflict (Watchlist).  
2012 *Nadie en quien confiar. Los niños y el conflicto armado colombiano* (pp. 53).
- Watts, H. G.  
2009 The Consequences for Children of Explosive Remnants of War: Land Mines, Unexploded Ordnance, Improvised Explosive Devices, and Cluster Bombs. *J Pediatr Rehabil Med*, 2(3), 217-227. doi: 10.3233/PRM-2009-0083
- Winkler, N.  
2011 Comunicación personal. Notas del grupo de trabajo OIM
- Yule W. (Ed.)  
1999 *Post-traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy*. New York: Wiley (326 pp).

## BIBLIOGRAFÍA DE APOYO

- Adamson, L.  
2003 Self-image, Adolescence, and Disability. *Am J Occup Ther*, 57(5), 578-581.
- American Psychiatric Association, A.  
2000 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.  
2013 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E. J., Erkanli, A., & Worthman, C. M.  
1999 Pubertal Changes in Hormone Levels and Depression in Girls. *Psychol Med*, 29(5), 1043-1053.
- Anthony EK.  
2008 Cluster Profiles of Youths Living in Urban Poverty: Factors Affecting Risk and Resilience. *Social Work Research*, 32(1), 6-17.
- Bandura A.  
1990 Mechanisms of Moral Disengagement. In W. Reich (Ed.), *Origins of Terrorism: Psychologies, Ideologies, Theologies, States of Mind* (pp. 161-191). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura A, Capara G, Barbaranelli C, & Pastorelli C.  
1996 Mechanisms of Moral Disengagement in the Exercise of Moral Agency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 364– 374.
- Beasley, P. J., & Beardslee, W. R.  
1998 Depression in the adolescent patient. *Adolesc Med*, 9(2), 351-362, vii.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., & Kaufman, J.  
1996 Childhood and Adolescent Depression: a Review of the Past 10 Years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(12), 1575-1583. doi: 10.1097/00004583-199612000-00008
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., . . . Nelson, B.  
1996 Childhood and Adolescent Depression: a Review of the Past 10 Years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(11), 1427-1439. doi: 10.1097/00004583-199611000-00011
- Boyle, C. A., Decouflé, P., & Yeargin-Allsopp, M.  
1994 Prevalence and Health Impact of Developmental Disabilities in us Children. *Pediatrics*, 93(3), 399-403.

- Breinbauer C.  
2005 Youth: Choices and Change. Promoting Healthy Behaviors in Adolescents. In Pan American Health Organization PAHO (Ed.). Washington D.C.
- Camhi, S. M., & Katzmarzyk, P. T.  
2011 Prevalence of Cardiometabolic Risk Factor Clustering and Body Mass Index in Adolescents. *J Pediatr*, 159(2), 303-307. doi: 10.1016/j.jpeds.2011.01.059
- Carlo G, Roesch SC, Knight GP, & Koller SH.  
2001 Between –or within– Culture Variation? Culture Group as a Moderator if the Relations Between Individual Differences and Resource Allocation Preferences. *Applied Developmental Psychology*, 22, 559-579.
- Cormack, K. F., Brown, A. C., & Hastings, R. P.  
2000 Behavioural and Emotional Difficulties in Students Attending Schools for Children and Adolescents With Severe Intellectual Disability. *J Intellect Disabil Res*, 44 ( Pt 2), 124-129.
- Da Veiga, G. V., da Cunha, A. S., & Sichieri, R.  
2004 Trends in Overweight Among Adolescents Living in the Poorest and Richest Regions of Brazil. *Am J Public Health*, 94(9), 1544-1548.
- Daniels, S. R., Arnett, D. K., Eckel, R. H., Gidding, S. S., Hayman, L. L., Kumanyika, S., Williams, C. L.  
2005 Overweight in Children and Adolescents: Pathophysiology, Consequences, Prevention, and Treatment. *Circulation*, 111(15), 1999-2012. doi: 10.1161/01.CIR.0000161369.71722.10
- Darnton-Hill, I., Webb, P., Harvey, P. W., Hunt, J. M., Dalmiya, N., Chopra, M., . . . de Benoist, B.  
2005 Micronutrient Deficiencies and Gender: Social and Economic Costs. *Am J Clin Nutr*, 81(5), 1198S-1205S.
- Decouflé, P., & Autry, A.  
2002 Increased Mortality in Children and Adolescents with Developmental Disabilities. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 16(4), 375-382.
- Dekovic M.  
1999 Risk and Protective Factors in the Development of Problem Behavior During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 667–685.
- Dietz, W. H.  
1998 Health Consequences of Obesity in Youth: Childhood Predictors of Adult Disease. *Pediatrics*, 101(3 Pt 2), 518-525.

- Eaves, L., Silberg, J., & Erkanli, A.  
2003 Resolving Multiple Epigenetic Pathways to Adolescent Depression. *J Child Psychol Psychiatry*, 44(7), 1006-1014.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA.  
2013 Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. New York.
- Gabbiadini, A., Andrighetto, L., & Volpato, C.  
2012 Brief Report: Does Exposure to Violent Video Games Increase Moral Disengagement Among Adolescents? *J Adolesc*, 35(5), 1403-1406. doi: 10.1016/j.adolescence.2012.06.001
- Groce, N.E.  
2004 Adolescents and Youth with Disability: Issues and Challenges. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 15(2).
- Haas, J. S., Lee, L. B., Kaplan, C. P., Sonneborn, D., Phillips, K. A., & Liang, S. Y.  
2003 The association of race, socioeconomic status, and health insurance status with the prevalence of overweight among children and adolescents. *Am J Public Health*, 93(12), 2105-2110.
- Hodapp RM, & Dykens EM.  
1996 Mental Retardation. In Mash EJ & Barkley RA (Eds.), *Child Psychopathology*. New York: Guilford.
- Kaufman, J.  
1991 Depressive Disorders in Maltreated Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(2), 257-265. doi: 10.1097/00004583-199103000-00014
- Kliegman, R., & Nelson, W. E.  
2011 Nelson *Textbook of Pediatrics* (19th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A.  
1993 Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*, 102(1), 133-144.
- Loaiza E, & Liang M.  
2013 Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence. In Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA (Ed.). New York.
- May, A. L. Kuklina, E. V., & Yoon, P. W.  
2012 Prevalence of Cardiovascular Disease Risk Factors Among US Adolescents, 1999-2008. *Pediatrics*, 129(6), 1035-1041. doi: 10.1542/peds.2011-1082
- Naciones Unidas NU.  
2013 Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe de 2013. Nueva York.

- Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., & Pine, D. S.  
2005 The Social Re-Orientation of Adolescence: a Neuroscience Perspective on the Process and its Relation to Psychopathology. *Psychol Med*, 35(2), 163-174.
- Newacheck, P. W., & Halfon, N.  
1998 Prevalence and Impact of Disabling Chronic Conditions in Childhood. *Am J Public Health*, 88(4), 610-617.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M.  
2012 Prevalence of Obesity and Trends in Body Mass Index Among US Children And Adolescents, 1999-2010. *JAMA*, 307(5), 483-490. doi: 10.1001/jama.2012.40
- Organización Mundial de la Salud OMS.  
2001 Carga de los trastornos mentales y conductuales Informe sobre la salud en el mundo 2001. *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud OPS, & Organización Mundial de la Salud OMS.  
2008 *48 Consejo Directivo. Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes*. Washington D.C.
- Organization, P. A. H.  
2002 Health in the Americas: 2002 edition. Washington D.C.
- Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. AACAP.  
1998 *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(10 Suppl), 63S-83S.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA.  
2008 Equipo de trabajo interinstitucional sobre VIH y los jóvenes. Breves guías globales. Intervenciones relacionadas con el VIH para jóvenes.
- Sullivan, P. W., Ghushchyan, V., Wyatt, H. R., & Hill, J. O.  
2007 The Medical Cost of Cardiometabolic Risk Factor Clusters in the United States. *Obesity (Silver Spring)*, 15(12), 3150-3158. doi: 10.1038/oby.2007.375
- Svetaz, M. V., Ireland, M., & Blum, R.  
2000 Adolescents with Learning Disabilities: Risk and Protective Factors Associated with Emotional Well-Being: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Adolesc Health*, 27(5), 340-348.
- Thomson A, & Metz M.  
1999 *Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria: Manual de capacitación*. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

Tsai, M. C., Lin, S. H., Chou, Y. Y., & Lin, S. J.

2013 Exploration of Health Status, Healthcare Utilization, and Health Service Expectations Among Taiwanese Adolescents. *Eur J Pediatr*. doi: 10.1007/s00431-013-2117-1

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L.

2004 Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *J Pers Soc Psychol*, 86(2), 320-333. doi: 10.1037/0022-3514.86.2.320

Urquiza V, & Casullo MM.

2005 *Empatía, razonamiento moral y conducta prosocial en adolescentes*. (13), Universidad de Buenos Aires.

World Health Organization WHO. (2005). Nutrition in adolescence : Issues and Challenges for the Health Sector : Issues in Adolescent Health and Development

World Health Organization WHO. (2008). The Global Burden of Disease: 2004 Update. Switzerland. .

# ANEXOS

## Anexo 1. Tratados internacionales

### Derecho Internacional Humanitario

El derecho internacional humanitario consiste en un sistema de normas internacionales que obliga a las partes en conflicto a no utilizar ciertos métodos/mecanismos de guerra y a proteger a la población civil.

#### Convenio IV de Ginebra de 1949

Confiere no solamente protección general a niños, niñas y adolescentes como población civil frente a los conflictos armados, sino adicionalmente una protección especial a este grupo poblacional. Esta protección se extiende incluso a los niños, niñas y adolescentes combatientes capturados durante el conflicto.

#### Protocolos adicionales a los convenios de Ginebra de 1949

El protocolo I establece una protección más estricta en favor de niños, niñas y adolescentes y reglamenta su participación en combates bajo un régimen especial. Este protocolo prescribe protección a niños, niñas y adolescentes como víctimas y como actores. Adicionalmente limita por primera vez de manera explícita su reclutamiento y prohíbe el reclutamiento de menores de 15 años dentro de las fuerzas armadas de los Estados.

El protocolo II establece una prohibición absoluta a la participación directa o indirecta de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años en las hostilidades.

### Organización de las Naciones Unidas

#### Declaración de los derechos del niño

Esta declaración consagra principios para garantizar al niño sus derechos y el goce de una infancia feliz. Incluye el derecho a la igualdad, a tener un nombre, a tener nacionalidad, a ser beneficiario de seguridad social, al desarrollo de su personalidad, a la educación, a la recreación, a la protección y a un ambiente seguro. Ambiente imposible de garantizar si el niño, niña y adolescente está expuesto al conflicto armado.

### Pacto internacional de derechos civiles y políticos

Promueve la dignidad e igualdad de todos los seres humanos, promulgando en particular los derechos de niños, niñas y adolescentes.

#### Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer

Promueve la igualdad de género y reconoce que las mujeres se ven particularmente afectadas cuando están expuestas a situaciones adversas.

#### Declaración sobre la Protección de la Mujer y el Niño en Estados de Emergencia o de Conflicto Armado

Se prohíben y condenan ataques contra la población civil. Esto incluye bombardeos, uso de armas químicas o biológicas, persecución, tortura y cualquier otra forma de hostilidad contra la población civil como resultado de un conflicto armado. Esta declaración garantiza techo, alimento y salud a mujeres y niños víctimas del conflicto.

#### Reglas de Beijing

Promueven la inversión social para prevenir el delito juvenil y establecen mecanismos de rehabilitación para niños, niñas y adolescentes agresores.

#### Convención sobre los Derechos del Niño

Define los derechos mínimos que cada Estado debe garantizar a sus niños, niñas y adolescentes. Enfatiza en la necesidad de ofrecer a niños, niñas y adolescentes un ambiente seguro para crecer enmarcado en la familia y considera que los niños, niñas y adolescentes al encontrarse en desarrollo son particularmente vulnerables y deben ser objeto de protección especial. Presenta medidas adecuadas para promover la recuperación física y psicológica de niños, niñas y adolescentes que hayan sido víctimas de algún conflicto armado. Su gran limitación es que permite la participación de menores entre 15 y 18 años en conflictos armados.

#### Estatuto de la corte penal internacional

Establece el tribunal penal internacional para juzgar crímenes de guerra, incluido el reclutamiento de menores de 15 años.

### **Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados**

Fue redactado con el fin de enmendar la edad permitida para el reclutamiento en la convención de los derechos del Niño de 1989. Establece que se deben garantizar los mecanismos necesarios para que menores de edad no sean enviados a combate. Aunque prohíbe el reclutamiento obligatorio de niños, niñas y adolescentes, da vía libre al reclutamiento voluntario de mayores de 16 años, aunque como garantía de la voluntad exige consentimiento informado de los padres.

### **Resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas**

Solicita el establecimiento de medidas apropiadas para mejorar la situación de niños, niñas y adolescentes afectados por el conflicto armado y establece la importancia de estudiar las afectaciones que pueden sufrir los niños, niñas y adolescentes expuestos al conflicto. Nombra un experto internacional que después de estudiar el problema en 1996 recomienda: poner fin al reclutamiento de menores de edad, prohibir las minas antipersonal, prohibir el envío de armas a zonas de conflicto y proteger a los niños, niñas y adolescentes reclutados.

### **Organización de Estados Americanos**

Establece la protección de los niños, niñas y adolescentes, especialmente para quienes viven en condiciones difíciles.

#### **Convención Americana sobre Derechos Humanos**

Si bien no es específica para niños, niñas y adolescentes, promueve los derechos humanos para toda la población. Prohíbe la pena de muerte en menores de 18 años. Su protocolo adicional promueve el derecho de niños, niñas y adolescentes a crecer en el seno de una familia y la educación básica gratuita para los niños, niñas y adolescentes.

#### **Asamblea General de la OEA**

Invita a sus estados miembros a ratificar el Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas y el convenio 182 de la OIT donde se presentan las peores formas de trabajo infantil. Esto con el fin de prevenir el reclutamiento.

### **Comisión Interamericana de Derechos Humanos**

En su informe de 1991 la comisión establece que los peores efectos de los conflictos armados son sufridos por niños, niñas y adolescentes. Invita a sus Estados miembros a seguir las iniciativas internacionales con respecto a los conflictos armados y hace un llamado a los grupos armados ilegales para que se acojan a seguir la normativa internacional.

En su informe de 2001 establece la necesidad de acabar con el reclutamiento de menores e insiste en el cumplimiento de la normativa internacional.

### **Declaración de Montevideo Sobre el Uso de Niños como Soldados**

Compromiso de Estados Americanos para prevenir el uso de niños como soldados.

### **Corte Interamericana de Derechos Humanos**

Dentro de su misión está garantizar el cumplimiento de los derechos humanos; llegan los casos en los que se han vulnerado los derechos a la población civil a consecuencia del conflicto armado. A esta Corte han llegado varios casos de niños, niñas y adolescentes afectados, incluidos varios casos de reclutamiento ilegal.

### **Organización Internacional del Trabajo**

El Convenio 29 de la OIT especifica la abolición del trabajo forzoso. Varios aspectos del trabajo en grupos armados hacen ver a esta labor como trabajo forzoso.

El Convenio 182 de la OIT establece las peores formas de trabajo infantil, y dentro de estas incluye el trabajo militar. Esta labor es considerada peligrosa y en ocasiones esclavizante.

### **Cruz Roja y Media Luna Roja**

Este movimiento promueve los derechos de niños, niñas y adolescentes. Tiene especial interés en la protección de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado. Alienta a la realización de medidas preventivas y a la prevención del reclutamiento de niños, niñas y adolescentes.

## Anexo 1A

Nombre	Definición	Instrumento	Valores válidos	Valores perdidos
		Niños Expuestos Niños No Expuestos		
Depresión	Indicadores de estado emocional asociados a la depresión	CDS	Puntaje CDS	999
Empatía	Indicadores de empatía	Bryant Scale	Puntaje Escala de Bryant	999
CExtern	Indicadores de problemas de comportamiento externalizante	CBCL items comportamiento externalizante	Puntaje CBCL externalizante	999
CIntern	Indicadores de problemas de comportamiento internalizante	CBCL items comportamiento internalizante	Puntaje CBCL internalizante	999
Resiliencia	Indicadores de resiliencia	Escala de resiliencia	Puntaje escala	999
Cprosoc	Indicadores de comportamiento prosocial	Caprara & Pastorelli Scale	Puntaje Escala de C&P	999
Vínculos	Indicadores de capacidad vincular	Personas en mi vida	Puntaje Personas en mi vida	999
DMoral	Indicadores de desentendimiento moral	Bandura moral disengagement scale	Puntaje Escala de Bandura	999
Activos	Inventario de activos que tiene el NNA	40 activos del desarrollo	Puntaje Escala	999
Espiritualidad	Indicadores de espiritualidad	Asistencia a la iglesia	Escala de Likert	999
Salud	Estado de salud	Cuestionario	Cuestionario	Excelente=5, Bueno=4, Regular=3, Malo=2, Muy malo=1
ECrónicas	Enfermedades crónicas (cáncer, diabetes, VIH, Epilepsia, otra)	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
SeCicatrices	Secuelas físicas cicatrices que no le gustan	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
SeAmputac	Secuelas físicas amputaciones de dedos o extremidades	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
SeDientes	Secuelas físicas pérdida de dientes	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
SiGI	Síntomas gastro intestinales	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
SiME	Síntomas musculo esqueléticos	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
SiNeu	Síntomas neurológicos	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
SiUri	Síntomas reproductivos y urinarios	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
SiOtr	Síntomas otros	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Si	Síntomas físicos	Cuestionario	Cuestionario	Número de síntomas
Discapac	Discapacidad	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
Dfísica	Discapacidad física: problemas para moverse	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
Dauditiva	Problemas de audición	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0

Nombre	Definición	Instrumento	Valores válidos	Valores perdidos
Dvisual	Problemas para ver	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
Dotra	Otro tipo de discapacidad	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
IMC	Estado nutricional medido por índice de masa corporal.	Medición	Medición	IMC
Peso	Peso en kilos	Medición	Medición	Peso en kilos
Talla	Talla en centímetros	Medición	Medición	Talla en cms
TipoProg	Tipo de programa al que está afiliado el niño, niña o adolescente/ ICBF	Formato abstracción	NA	
ExpViolencia	Exposición al conflicto armado	Formato abstracción	Criterio de Inclusión	Sí=1, No=0
TipoExp	Tipo de exposición al conflicto armado	Formato abstracción	Criterio de Inclusión	Sí=1, No=0
ExpAS	Abuso Sexual	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
ExpDes	Desplazamiento	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
ExpOrf	Orfandad	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
ExpDForz	Padres desaparición forzada	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
ExpMinas	Víctimas minas	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
ExpReclut	Desvinculados	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
ExpSecuestr	Secuestro	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
Edad	Edad en años	Cuestionario	Cuestionario	Edad en años
Sexo	Sexo	Cuestionario	Cuestionario	0=hombre 1=mujer
Etnia	Etnia	Formato abstracción	Cuestionario	1=Blanco, 2=Mestizo, 3=Afrocolombiano, 4=indígena, 5=Palenquero, 6=ROM, 7=Raizal
Escolaridad	Escolaridad	Cuestionario	Cuestionario	Grado
VincEscolar	Vinculación actual con el sistema escolar	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Intervenciones	Intervenciones	Formato abstracción	Cuestionario	0=Ninguna, 1=psicológica grupal, 2=psicológica individual, 3=legal, 4=odontológica, 5=médica, 6=nutricional, 7=otra
Tpsic	Ha recibido terapia psicológica	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
TpsicIndividual	Ha recibido terapia psicológica individual	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
Tpsicgrupal	Ha recibido terapia psicológica grupal	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
Titerapia	Número de meses por los que ha recibido terapia	Formato abstracción	Cuestionario	Sí=1, No=0
ID	Documento de identidad	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Etrato	Sisben al que pertenece	Cuestionario	Cuestionario	Etrato socio económico
Recreación	Participación en actividades lúdicas	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Lnacimiento	Lugar de nacimiento	Cuestionario	Cuestionario	Departamento
Lresidencia	Lugar de residencia	Cuestionario	Cuestionario	Departamento
SSS	Afiliación al Sistema de seguridad social	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0

Nombre	Definición	Instrumento	Valores válidos	Valores perdidos
Tipo Afiliación	Tipo de afiliación	Cuestionario	Cuestionario	1=Contributivo, 2=subsidiado, 3=vinculado, 4=otro
GrDiscapac	Grado de discapacidad	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Capacitación	El NNA tiene capacitación técnica	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Vivecon	Personas con las que vive el niño, niña o adolescente	Cuestionario	Cuestionario	1=mamá, 2=papá, 3=abuelos, 4=hermanos, 5=tíos, 6=otros familiares, 7= amigos
Cancer	Tiene o tuvo diagnóstico de cáncer	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Diabetes	Tiene diagnóstico de diabetes	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Alergias	Tiene dermatitis, rinitis, asma o alguna otra alergia relevante	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
HTA	Tiene hiper tensión arterial	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
VIH/SIDA	Tiene diagnóstico de VIH	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
ITS	Tiene o tuvo alguna otra ITS	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Sdolespalda	Presenta dolor fuerte de espalda	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Sdolcoyun	Presenta dolor fuerte en las coyunturas	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Sdolcuello	Presenta dolor fuerte en el cuello	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Sdolpiernas	Presenta dolor fuerte en las piernas	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Sdolmanos	Presenta dolor fuerte en las manos	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
SdolEstomago	Presenta fuerte dolor de estómago	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Snausea	Presenta náuseas	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Svomito	Presenta vómito	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Sdiarrea	Presenta diarrea	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Stemblor	Presenta temblor	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Smareos	Presenta mareos o pérdida de equilibrio	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Sdolcabeza	Presenta dolor de cabeza	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Sorinar	Presenta ardor al orinar	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Ssecreciongen	Presenta secreciones en los genitales	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Slesiongen	Presenta lesiones en los genitales	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Amedica	En el último año ha recibido atención médica	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Aodontologica	En el último año ha recibido atención odontológica	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Rdeporte	Practica algún deporte	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Rparque	Va a un parque a recrearse	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Rfiestas	Va a fiestas	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0

Nombre	Definición	Instrumento	Valores válidos	Valores perdidos
Rcine	Va a cine, teatro, biblioteca, Museo	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
RTV	Ve televisión	Cuestionario	Cuestionario	Sí=1, No=0
Cfísica	Condición física de la llegada	Formato abstracción	NA	Buena=1, Regular=2, Mala=3
Cemocional	Condición emocionales de la llegada	Formato abstracción	NA	Buena=1, Regular=2, Mala=3
Pllegada	Presentación a la llegada	Formato abstracción	NA	Buena=1, Regular=2, Mala=3
Odiscapac	Origen de la discapacidad	Formato abstracción	NA	1=Congénito, 2=adquirido
Ntraumáticos	Número de otros eventos traumáticos	Formato abstracción	NA	Número
Frecluta	Fecha de reclutamiento	Formato abstracción	NA	Hace cuantos meses
Fdesmovil	Fecha de desmovilización	Formato abstracción	NA	Hace cuantos meses
Mrecluta	Motivo de reclutamiento	Formato abstracción	NA	Voluntario=1, Involuntario=2
Fdespla	Fecha de último desplazamiento	Formato abstracción	NA	Hace cuantos meses
FminasAP	Fecha del accidente con mina antipersonal	Formato abstracción	NA	Hace cuantos meses
Fabusosex	Fecha del abuso	Formato abstracción	NA	Hace cuantos meses
Fmupadre	Fecha muerte del padre	Formato abstracción	NA	Hace cuantos meses
Fmumadre	Fecha muerte de la madre	Formato abstracción	NA	Hace cuantos meses
Fdespadre	Fecha de desaparición del padre	Formato abstracción	NA	Hace cuantos meses
Fdesmadre	Fecha de desaparición de la madre	Formato abstracción	NA	Hace cuantos meses
Fsecuestro	Fecha del secuestro	Formato abstracción	NA	Hace cuantos meses
ANTC	Ha recibido atención nutricional	Formato abstracción	NA	Sí=1, No=0

## Anexo 2. Descripción de las pruebas

### 1. Children's Depression Scale (CDS)

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	"Children's Depression Scale" (CDS)
<b>Edad de aplicación:</b>	8 a 16 años
<b>Número de ítems:</b>	66
<b>Subescalas o factores:</b>	evaluación global y específica de la depresión en los niños
<b>Tiempo de aplicación:</b>	de 30 a 40 minutos

Aun cuando la depresión ha sido definida ampliamente para el caso de los adultos y sus síntomas han sido identificados por Pearce (1971) se sabe que los trastornos del estado de ánimo son los mentales más frecuentes en la niñez. (Fleming y Offord, 1990)

Las depresiones infantiles solo fueron identificadas, definidas y diagnosticadas por los profesionales de la salud mental hasta finales de los años setenta; esto debido a que la mayoría de las veces la depresión en niños se presenta de manera encubierta y latente. A través de síntomas inespecíficos, no típicamente depresivos, suele solaparse con mal comportamiento e hiperactividad.

Del Barrio (1996) define operacionalmente la depresión infantil, describiendo una serie de síntomas ampliamente representativos para la comunidad científica: i) tristeza, ii) irritabilidad, iii) anhedonia o pérdida del placer, iv) llanto fácil, v) cambios del sentido del humor, vi) sentimientos de no ser querido, vii) baja autoestima, viii) aislamiento social, ix) cambios en el sueño, x) cambios en el apetito y peso, xi) hiperactividad, xii) distrofia y xiii) ideación suicida.

El conocimiento de la incidencia de depresión infantil es ahora más confiable que en otros tiempos debido a la sistematización en la metodología de recopilación y análisis de datos. Actualmente, los trabajos coinciden en que la incidencia de la depresión infantil se halla entre un 7 % y un 8 %. En los países industrializados tal parece que las características o estilos de vida ejercen una gran influencia sobre la depresión. Si se analiza por edades, en etapas preescolares, estas cifras descienden a un 2 %; en niños en edad escolar se estima en un 8-10 %, y en el adolescente asciende a un 13 % (Garrison, Walker, Cuffe, McKenown, Addy & Jackson. 1997).

### Descripción de la prueba

La Escala de Depresión para Niños (CDS) ha sido diseñada específicamente para niños, y no solo ha sido una adaptación de una prueba para adultos. Se han tomado en cuenta las características de la sintomatología propia de la depresión infantil, que se resumen en respuesta afectiva, autoconcepto negativo, disminución de la productividad mental y de los impulsos, preocupaciones y problemas de agresión.

El CDS es una escala de 66 elementos, 18 positivos (me siento alegre la mayor parte del tiempo) y 48 depresivos («me siento solo muchas veces»), y están entremezclados unos y otros para reducir una tendencia halo en las respuestas, y para medir la incapacidad de experimentar placer o diversión como un componente de la depresión. También se procuró que presentaran una variación tal que, al ser contestados por el niño, no le afectaran de un modo depresivo. Estas dos dimensiones de la prueba, agrupan a su vez varias subescalas, que podrían describirse brevemente así:

### Total depresivo. Contiene seis subescalas:

- Respuesta afectiva RA: alude al estado de humor de los sentimientos del niños, niñas y adolescentes. A mayor puntuación, mayor número de respuestas afectivas negativas.
- Problemas sociales PS: se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.
- Autoestima AE: relacionado con la intensidad de sentimientos conceptos y actitudes de tipo negativo del niño en relación con su propia estima y valor.
- Preocupación por la muerte PM: se refiere a los sueños y fantasías del niño en relación con su propia enfermedad o muerte.

- Sentimiento de culpabilidad SC: se refiere a la autopunición del niño.
- Depresivos varios DV: incluye las cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

### Total positivo. Contiene dos subescalas:

- Ánimo – Alegría AA: alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas. Así, a mayor puntuación en la escala, mayor carencia de dichos sentimiento en la vida emocional del niño.
- Positivos varios PV: incluye todas aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad y cuya ausencia puede suponer importantes manifestaciones depresivas en el niño.

### Instrucciones de aplicación

El CDS es un instrumento que se debe aplicar de manera individual. De esta manera no solamente el niño se sentirá más cómodo, sino que además de esto es posible que usted como entrevistador pueda observar características relevantes del comportamiento y hacer anotaciones al respecto.

Es muy importante que tenga en cuenta la gran cantidad de elementos de carga negativa que tiene el instrumento, por lo cual usted debe asegurarse de establecer la mayor empatía y cooperación posible de los niños para que contesten a todas las preguntas.

Por favor, al iniciar la aplicación, permanezca atento a las siguientes instrucciones:

1. Haga la introducción a la aplicación de una manera amistosa y sin prisa.
2. Al lado del niño se colocará el montón de tarjetas con los elementos.
3. Las dudas pueden contestarse sobre este mismo ejemplo, haciéndoles notar que ellos deben decidir si están muy de acuerdo, de acuerdo, etcetera., con lo que dice la frase y tal como indica el recuadro que hay en el ángulo superior derecho de la Hoja con el significado de los símbolos. Hay que procurar no comenzar la lectura de las frases o elementos hasta que todos hayan comprendido cómo ubicar las tarjetas de cada frase.
4. A continuación, usted leerá pausadamente, pronunciando con claridad, el número de orden y contenido de la frase, y concederá tiempo suficiente para que el niño ubique la tarjeta. Se puede repetir la frase pero NO aclararla con palabras distintas, excepto en casos muy especiales.
5. Una vez el niño ubica la tarjeta en uno de los montones dispuestos sobre la mesa, usted paralelamente estará diligenciando la hoja de respuestas del Teleform, conforme le haya sido indicado en la capacitación.
6. Por último, asegúrese de que el niño haya ubicado todas las tarjetas y que usted haya diligenciado todos los espacios en la hoja del Teleform, con los datos completos que se pidan sobre el niño, y las condiciones de aplicación. El tiempo de aplicación estimado de esta prueba es entre 30 y 40 minutos.

## 2. Personas en mi vida

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	"Personas en mi vida"
<b>Edad de aplicación:</b>	de 8 a 15 años
<b>Número de ítems:</b>	79
<b>Subescalas o factores:</b>	apego a los padres, a los amigos, a la escuela y al vecindario
<b>Tiempo de aplicación:</b>	de 10 a 15 minutos

La escala "People in my Life" fue desarrollada por Cook, Greenberg y Kusche (1995) y adaptada al español por Camargo y Mejía (2005). El instrumento evalúa la capacidad vincular (i.e. las percepciones de los niños acerca de sus relaciones afectivas con sus padres, maestros y pares) de los niños y adolescentes de 8 a 15 años. La escala Personas en mi Vida (en español y en inglés) se ha usado extensamente para evaluar el apego en la escuela (Murray y Greenberg; 2001) y en estudios enfocados en la asociación entre los vínculos afectivos, el desarrollo emocional y los trastornos psicológicos (Cook, Greenberg, & Kusche, 1995).

La validez y confiabilidad del instrumento es aceptable tanto en su versión original como en la traducción al español. En particular, Camargo y Mejía (2005) encontraron que los coeficientes de validez interna de los distintos factores del cuestionario PEMV varían entre 5,4 y 8-5. Además, dichos autores encontraron que en general, la estructura factorial de la traducción al español es consistente con los hallazgos sobre la escala original en inglés. La el cuestionario Personas en mi vida cuenta con 79 ítems agrupados en 4 factores que miden la capacidad de apego de los niños con sus padres (F1), amigos (F2), escuela (F3) y vecindario (F4). Los ítems del cuestionario se contestan según una escala Likert de 4 puntos, en la que 1 significa "nunca" y 4 significa "siempre".

Al aplicar la escala, siga las siguientes instrucciones:

1. Empiece por leer en voz alta la siguiente instrucción de diligenciamiento: "A continuación te voy a leer algunas frases acerca de las relaciones con las personas que te rodean, como tus padres, amigos del colegio, amigos del barrio y tus maestros. No hay respuestas correctas o incorrectas, porque las personas tienen diferentes maneras de ver las cosas. Por favor responde con la mayor sinceridad. Lo que contestes aquí no será conocido por nadie más". Hay cuatro opciones de respuesta: (1) Nunca, (2) Algunas Veces, (3) Muchas veces y (4) Siempre".
2. Posteriormente, utilice un ejemplo para ilustrar el diligenciamiento de la escala. Puede utilizar el siguiente: "por ejemplo, si digo la frase Me gusta lavar la loza, tú debes responderme nunca, algunas veces, muchas veces o siempre según tu forma de pensar.
3. El cuestionario Personas En Mi Vida orienta varias de sus preguntas a la relación de los hijos con sus padres. Sin embargo, se encontrará con que a menudo los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado no tienen familias mononucleares. Antes de empezar la prueba, pregúntele al niño, niña o adolescente quién lo cuida. Si el niño no tiene padres, oriente las preguntas a la relación

entre el niño y su cuidador principal. Por ejemplo, si el niño es víctima de orfandad por el conflicto, cambie las preguntas del tipo mis padres se preocupan por mí" por "la(s) persona(s) que me cuida(n) se preocupa(n) por mí". Las preguntas que debe cambiar cuando el participante no tiene padres son: 1-18, 20, 21 y 48.

4. Antes de iniciar la aplicación, pregunte si hay alguna duda sobre el cuestionario. Solucione una por una las dudas del participante. Además, aclare que si surge alguna duda durante la aplicación de la escala; el participante puede expresarla con libertad.
5. Inicie el diligenciamiento de la escala. Lea todos los ítems al pie de la letra, de forma pausada, en voz alta y clara. Si se equivoca en la lectura de un ítem, relealo completo. Registre las respuestas del participante en la Hoja de respuestas.
6. Si durante la aplicación en participante tarda mucho en responder, es posible que haya olvidado las opciones de respuesta. Cuando sea necesario, repita que las opciones de respuesta son "nunca", "alunas veces", "muchas veces" o "siempre". Hágalo para todos los ítems, de ser necesario.
7. Si durante la aplicación el participante le hace alguna pregunta, suspenda la administración de la prueba y respóndala. Sin embargo, "sea muy cuidadoso de NO recomendar o inducir la respuesta a ninguno de los ítems.
8. Si el participante no entiende algún ítem de la escala, reléalo pausadamente. En casos excepcionales (si el participante no entiende después de repetirle el ítem varias veces) explique qué significan las palabras del ítem. Sin embargo, nunca reformule el ítem completo usando palabras distintas (i.e. sus propias palabras). Sea muy cuidadoso de NO recomendar o inducir la respuesta a los ítems.
9. Una vez terminada la administración de la escala, pregúntele al participante si tiene alguna inquietud. De tener alguna, respóndala. De lo contrario, pase a la siguiente prueba.

### 3. Elementos fundamentales del desarrollo

Ficha Técnica	
<b>Nombre:</b>	Elementos fundamentales del desarrollo
<b>Edad de aplicación:</b>	de 10 en años en adelante
<b>Número de ítems:</b>	58
<b>Subescalas o factores:</b>	compromiso con el aprendizaje, valores positivos, competencias sociales, identidad positiva, apoyo, empoderamiento, límites y expectativas y uso constructivo del tiempo
<b>Tiempo de aplicación:</b>	de 10 a 15 minutos.

En 1990, el Instituto Search planteó 40 elementos fundamentales para el desarrollo, que identifican un conjunto de habilidades, experiencias, relaciones y comportamientos que contribuyen a que los jóvenes se conviertan en adultos funcionales y exitosos. A la fecha, los 40 elementos fundamentales se han convertido uno de los marcos conceptuales más usados en la investigación sobre desarrollo infantil. El Cuestionario de Elementos Fundamentales para el Desarrollo (CEFD) fue desarrollado en el año 2005 y ha sido aplicado en más de 500.000 jóvenes entre los 11 y los 18 años. El CEFD cuenta con 58 ítems y evalúa dos dimensiones generales: las fortalezas internas (elementos internos: ítems 32) y las fuentes externas de apoyo (elementos externos: 26 ítems) de los jóvenes. Cada dimensión está conformada por cuatro subescalas. Por lo tanto, el CEFD evalúa un total de ocho factores.

La subescala de elementos internos mide los siguientes factores: compromiso con el aprendizaje, valores positivos, la solidaridad y el respeto a los demás miembros de la comunidad, competencias sociales e identidad positiva.

Mientras tanto, La subescala de elementos externos mide los siguientes factores: apoyo, empoderamiento, límites y expectativas y uso constructivo del tiempo.

La confiabilidad del CEFD es excelente. Los coeficientes de consistencia interna de las distintas subescalas del instrumento varían entre 0.81 y 0.97.

Al aplicar la escala siga las siguientes instrucciones:

1. Empiece por leer en voz alta la siguiente instrucción de diligenciamiento: "Te voy a leer un conjunto de frases po-

sitivas sobre ti mismo, sobre tu familia, sobre tus amigos, sobre tu vecindario y sobre la escuela. Tú me vas responder qué tanto describen la frases que acabo de decir. Hay cuatro opciones de respuesta "nunca o casi nunca", "a veces", "a menudo" y "siempre o casi siempre". Si no quieres responder alguna pregunta, me puedes decir y pasamos a la siguiente, pero por favor trata de responder tantas como puedas".

2. Posteriormente, utilice un ejemplo para ilustrar el diligenciamiento de la escala. Puede utilizar el siguiente: "por ejemplo, si digo la frase "me gusta leer", tú debes responderme nunca o casi nunca, a veces, a menudo o siempre o casi siempre.
3. Antes de iniciar la aplicación, pregunte si hay alguna duda sobre el cuestionario. Solucione una por una las dudas del participante. Además, aclare que si surge alguna duda durante la aplicación de la escala; el participante puede expresarla con libertad.
4. En este cuestionario se presentan afirmaciones sobre comportamientos que muchas personas consideran negativos. Por lo tanto, es posible que se presenten sesgos por deseabilidad social (en lugar de contestar sinceramente, los niños y adolescentes contestan lo que creen que se espera de ellos). Para minimizar el sesgo, lea los ítems en un tono neutro, y procure que su tono sea el mismo al leer todos los ítems.
5. Inicie el diligenciamiento de la escala. Lea todos los ítems al pie de la letra, de forma pausada, en voz alta y clara. Si se equivoca en la lectura de un ítem, relealo el ítem completo. Registre las respuestas del participante en la Hoja de Respuestas.
6. Si durante la aplicación en participante tarda mucho en responder, es posible que haya olvidado las opciones de respuesta. Cuando sea necesario repita que las opciones

de respuesta son "nunca" o "casi nunca", "a veces", "a menudo" y "siempre" o "casi siempre". Hágalo para todos los ítems, de ser necesario.

7. Si durante la aplicación el participante le hace alguna pregunta, suspenda la administración de la prueba y respóndala. Sin embargo, "sea muy cuidadoso de NO recomendar o inducir la respuesta a ninguno de los ítems.
8. Si el participante no entiende algún ítem de la escala, reléalo pausadamente. En casos excepcionales (si el par-

ticipante no entiende después de repetirle el ítem varias veces) explique qué significan las palabras del ítem. Sin embargo, nunca reformule el ítem completo usando palabras distintas (i.e. sus propias palabras). Sea muy cuidadoso de NO recomendar o inducir la respuesta a los ítems.

9. Una vez terminada la administración de la escala, pregúntele al participante si tiene alguna inquietud. De tener alguna, respóndala. De lo contrario, pase a la siguiente prueba.

#### 4. Escala de resiliencia

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	Escala de resiliencia
<b>Edad de aplicación:</b>	de 13 años en adelante
<b>Número de ítems:</b>	25
<b>Subescalas o factores:</b>	vida significativa, perseverancia, ecuanimidad y confianza en sí mismo
<b>Tiempo de aplicación:</b>	de 5 a 10 minutos

La resiliencia es la habilidad de enfrentar exitosamente los cambios y la adversidad (Wangil y Youngh, 1993). De acuerdo con Wagnild (2010, 2011), las personas resilientes tienen la habilidad de sobreponerse a las situaciones difíciles, manteniendo niveles aceptables de moral y satisfacción con la vida. Así mismo, las personas resilientes mantienen altos niveles de confianza en sí mismos y reconocen plenamente sus fortalezas y debilidades. La resiliencia es una habilidad adquirida como resultado del afrontamiento de situaciones difíciles, e incluso, potencialmente traumáticas. Sin embargo, ser resiliente no significa volver a ser "como antes" de enfrentar una situación de dificultad. Más que una restauración del equilibrio, la resiliencia implica adquirir un estatus socioemocional y afectivo más estable y difícil de perturbar. Las personas resilientes no son inmunes al estrés. Lo que las diferencia de los demás es que han aprendido cómo enfrentar exitosamente las situaciones difíciles de la vida.

La Escala de Resiliencia (ER) de Wangil y Youngh (1993) es el instrumento más utilizado para medir el nivel de resiliencia en niños y adultos. El ER mide los niveles de resiliencia de las personas de acuerdo con cinco factores: 1. Vida significativa, que se refiere a la sensación de tener un objetivo o propósito para vivir. 2. Perseverancia, que se refiere a la determinación de "seguir adelante" a pesar de las dificultades y las decepciones. 3. La ecuanimidad, que se refiere a la percepción de balance entre las cosas buenas y malas de la vida, incluso en situaciones de extrema dificultad. 4. Confianza en sí mismo, que se refiere al reconocimiento de las fortalezas personales

y de las debilidades. Y 5. Soledad existencial, que se refiere a la satisfacción del sujeto consigo mismo, o a la capacidad de cada quien para aceptarse tal y como es.

La ER tiene dos versiones: una de 14 y otra de 25 ítems. En este estudio se utiliza la versión original de 25 ítems. Existe evidencia de que la ER es fácilmente comprendida por adolescentes tempranos entre los 13 y 14 años. Normalmente, no se presentan problemas de comprensión aplicando la Escala a niños escolarizados incluso con menos de 13 años. En dichos casos, la vigilancia de un adulto, o preferiblemente un profesional capacitado es fundamental.

Al aplicar la escala, siga las siguientes instrucciones:

1. Empiece por leer en voz alta la siguiente instrucción de diligenciamiento: "Te voy a leer unas afirmaciones y tú me vas responder si estás de acuerdo o no con lo que acabo de decir. Para decirme qué tan de cuerdo estás debes usar números del 1 al 7. 7 significa que estas completamente de acuerdo" y 1 que estas completamente en desacuerdo. También puedes usar los demás números. Por ejemplo, 6 significa que estás de acuerdo casi completamente. 5 que estas un poco menos de acuerdo y así sucesivamente. Si eres neutral o no sabes la respuesta, puedes responder 4. Trata de escoger los números que mejor reflejan cómo te sientes respecto a cada afirmación".

2. Posteriormente, utilice un ejemplo para ilustrar el diligenciamiento de la escala. Puede utilizar el siguiente: "por ejemplo, si digo la frase <leer libros es entretenido>, tú debes responderme 1, 2, 3, 4, 5, 6, o 7, según tu forma de pensar".
3. Antes de iniciar la aplicación, pregunte si hay alguna duda sobre el cuestionario. Solucione una por una las dudas del participante. Además, aclare que si surge alguna duda durante la aplicación de la escala; el participante puede expresarla con libertad. Inicie el diligenciamiento de la escala. Lea todos los ítems al pie de la letra, de forma pausada, en voz alta y clara. Si se equivoca en la lectura de un ítem, relealo completo. Registre las respuestas del participante en la Hoja de Respuestas.
4. Si durante la aplicación en participante tarda mucho en responder, es posible que haya olvidado las opciones de respuesta. Cuando sea necesario, repita que 7 significa "completamente de acuerdo" y 1 "completamente en desacuerdo". Hágalo para todos los ítems, de ser necesario.
5. Si durante la aplicación el participante le hace alguna pregunta, suspenda la administración de la prueba y respóndala. Sin embargo, sea muy cuidadoso de NO recomendar o inducir la respuesta a ninguno de los ítems.
6. Si el participante no entiende algún ítem de la escala, re-léalo pausadamente. En casos excepcionales (si el participante no entiende después de repetirle el ítem varias veces) explique qué significan las palabras del ítem. Sin embargo, nunca reformule el ítem completo usando palabras distintas (i.e. sus propias palabras). Sea muy cuidadoso de NO recomendar o inducir la respuesta a los ítems.
7. Una vez terminada la administración de la escala, pregúntele al participante si tiene alguna inquietud. De tener alguna, respóndala. De lo contrario pase a la siguiente prueba.

## 5. Child Behavior Check List CBCL

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	"Child Behavior Check List"
<b>Edad de aplicación:</b>	de 6 a 18 años
<b>Número de ítems:</b>	119
<b>Subescalas o factores:</b>	problemas de internalización y de externalización
<b>Tiempo de aplicación:</b>	entre 30 y 40 minutos

El sistema de evaluación basado empíricamente de Achenbach (Aseba, por su sigla en inglés) comprende varios instrumentos estandarizados para evaluar problemas conductuales, emocionales y funcionamiento adaptativo. Incluye la evaluación del funcionamiento desde múltiples perspectivas: la de los padres, cuidadores, maestros, observadores, entrevistadores clínicos, amigos y la propia persona en el caso de niños, jóvenes y adultos. Andrade, Betancur y Vallejo (2010).

El Aseba contiene cinco formatos para ser respondidos por diferentes informantes, y dos formas de auto-reporte:

1. el autoreporte de jóvenes (YSR)
2. el de adultos (ASR)

Estudios más recientes se han enfocado en comprobar la consistencia interna y la estructura factorial del CBCL y el YSR.

Rescorla, Achenbach, Ivanova, Dumenci, Almqvist, Bilenberg, et al. (2007) probaron la consistencia interna de cada una de las escalas del CBCL en 31 sociedades y analizaron los efectos de la sociedad, género y edad en la versión 2001, que consta de 11 escalas (Total de problemas, Problemas internalizados, Problemas externalizados y ocho síndromes). Sus resultados muestran un apoyo considerable a través de las 31 sociedades en términos de consistencia interna, puntajes promedio de la escala y efectos significativos de género y edad (Andrade, Betancur y Vallejo, 2010).

### Descripción de la prueba

El Child Behavior Check List (o CBCL por su sigla en inglés), de Achenbach (1991) es considerado uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de los problemas infantiles tanto por la facilidad de su aplicación, su carácter de evaluación genérica de una amplia gama

de problemas, así como por la cantidad de datos que hay acerca de sus cualidades psicométricas.

El CBCL hace parte del sistema Achenbach que establece la medición de los siguientes ocho síndromes:

<b>Síndrome I</b>	Retraimiento
<b>Síndrome II</b>	Quejas somáticas
<b>Síndrome III</b>	Ansiedad/depresión
<b>Síndrome IV</b>	Problemas sociales
<b>Síndrome V</b>	Alteraciones del pensamiento
<b>Síndrome VI</b>	Problemas de atención
<b>Síndrome VII</b>	Conducta infractora
<b>Síndrome VIII</b>	Conducta agresiva

Además de centrarse en el comportamiento de un niño tal como se define por uno de los ocho síndromes, el CBCL también permite el examen de dos grandes grupos de síndromes: problemas de internalización y de externalización. Problemas de internalización combina las escalas de retraimiento, quejas somáticas, y ansiedad/depresión. Problemas de externalización combina las escalas de conducta infractora y conducta agresiva.

### Youth Self Report, YSR

Reproduciendo la misma estructura que el CBCL, el "youth Self Report" (YSR) (Achenbach y Rescorla, 2001), permite evaluar competencias, funcionamiento adaptativo y problemas conductuales, emocionales y sociales a partir de la información que facilita el propio niño, facilitando además la comparación sistemática de diversas fuentes de información al ofrecer los resultados de las correcciones agrupados en las mismas escalas: perfiles de síndromes empíricos (aislamiento, ansiedad/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas y conducta agresiva) y Escalas DSM. El autoinforme consta de 105 ítems referidos a posibles problemas y 14 ítems de discapacidad social para aplicar a niños y adolescentes entre 11 y 18 años.

Los perfiles de competencias hacen referencia en este inventario a las competencias sociales y en actividades. Se resalta nuevamente el aval de numerosas investigaciones frente a las propiedades psicométricas de este autoinforme, (Lacalle, M, (2009)

### Instrucciones de aplicación

Por favor, al iniciar la aplicación, permanezca atento a las siguientes instrucciones:

1. Por tratarse de un instrumento de autoreporte, el YSR resulta de fácil aplicación. Haga la introducción a la sesión de una manera amistosa y sin prisa, estableciendo empatía con el niño o adolescente.
2. Empiece por leer de manera clara la siguiente afirmación: "A continuación te voy a leer una lista de elementos que describen a los niños y jóvenes. Para cada uno de estos elementos, bien sea ahora o en los últimos seis meses, debes indicarme si este es muy cierto y a menudo ocurre contigo; si es cierto solo a veces, o si por el contrario en tu caso, esto no es cierto. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas, simplemente queremos conocer tus opiniones".
3. Luego utilice un ejemplo para aclarar la forma correcta de resolver la prueba. Puede decir algo como "Por ejemplo, si digo la frase nunca termino las cosas que empiezo>, tú debes responderme cierto, algunas veces, o "no es cierto", de acuerdo con la que mejor describa tu forma de pensar, sentir o actuar."
4. Antes de iniciar la aplicación, pregunte si hay alguna duda sobre el cuestionario. Solucione una por una las dudas del participante. Además, aclare que si surge alguna duda durante la aplicación de la escala, el participante puede expresarla con libertad.
5. A continuación el usted leerá pausadamente, pronunciando con claridad, el contenido de la frase, concediendo tiempo suficiente para que el niño responda. Se puede repetir la frase pero NO aclararla con palabras distintas, excepto en casos muy especiales.
6. Una vez el niño o adolescente responda una de las tres opciones, vaya diligenciando la hoja del teleform, de acuerdo con las instrucciones de diligenciamiento recibidas previamente. Asigne los valores de la siguiente manera: 0= No es cierto; 1 = Algunas veces cierto; 2 = Muy cierto. Asegúrese de que, en lo posible, todas las preguntas queden respondidas y diligenciadas en la hoja.
7. Por último, asegúrese de que el niño haya ubicado todas las tarjetas y que usted haya diligenciado todos los espacios en la hoja del Teleform, con los datos completos que se pidan sobre el niño, y las condiciones de aplicación.

## 6. Cuestionario de desentendimiento moral

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	Cuestionario de desentendimiento moral
<b>Edad de aplicación:</b>	de 8 años en adelante
<b>Número de ítems:</b>	32
<b>Subescalas o factores:</b>	justificación moral, comparación ventajosa desplazamiento de la responsabilidad, difusión de la responsabilidad, distorsión de las consecuencias, atribución de la culpa y deshumanización
<b>Tiempo de aplicación:</b>	de 10 a 15 minutos

De acuerdo con la teoría social cognitiva (Bandura, 1991), las normas sociales determinan el comportamiento individual. Sin embargo, es un hecho que a pesar de las normas sociales que fundamentan la moralidad, las personas se involucran en comportamientos que perjudican a los demás (la agresión, las mentiras, el engaño). Para explicar los comportamientos antisociales, es necesario entender cómo las personas e desentienden de su sistema autoregulatorio (su conocimiento sobre lo que es bueno y lo que es malo) y cuales son los mecanismos psicológicos que permiten justificar los comportamientos moralmente reprochables.

En particular, el Cuestionario de Desentendimiento Moral (CDM) de Bandura (1996) mide ocho mecanismos de desentendimiento moral (i.e. 8 factores) por medio de una escala de 32 ítems: justificación moral (se usa para justificar acciones inmorales realizadas para conseguir un supuesto bien superior. i.e. el fin justifica los medios. Ítems: E1, E9, E17, E25) lenguaje eufemístico (se usa para distorsionar el significado de una acción por medio del lenguaje. e.g. insultar es bromear. Ítems: E2, E10, E18, E26) comparación ventajosa (consiste en comparar el daño causado por una acción propia con un daño mayor causado por las acciones de otras personas. e.g. robar poco dinero no es grave comprado con robar mucho. Ítems: E3, E11, E19, E27) desplazamiento de la responsabilidad (consiste atribuir las acciones a influencias externas como presiones de grupo u órdenes de terceros. Ítems: E5, E13, E21, E29); difusión de la responsabilidad (consiste en desplazar la culpa individual hacia un grupo. e.g. "no fui yo, fuimos todos". Ítems: E4, E12, E20, E28); distorsión de las consecuencias (consiste en minimizar o desconocer el daño causado por las acciones propias; "Eso no le hace daño a nadie". Ítems: E6, E14, E22, E30); atribución de la culpa (consiste en culpar a otros por las acciones propias o tratar de parecer víctima de las circunstancias. Ítems: E8, E16, E24, E32) y deshumanización (consiste en hacer parecer a las víctimas de una acción negativa como personas sin características

humanas. e.g. personas sin sentimientos, personas malas. Ítems: E7, E15, E23, E31).

El CDM ha sido utilizado estudios estadounidenses y europeos, tanto en niños como en adultos. Dichos estudios han encontrado que las propiedades psicométricas del instrumento son aceptables. En general, los ítems presentan buena confiabilidad y no se han identificado problemas de incomprensión o redundancia (Bandura, 1996). Sin embargo, Esta es la primera vez que el CDM se aplica en una población hispana. Por lo tanto, usted debe ser particularmente cuidadoso con las instrucciones de aplicación.

Al aplicar la escala, siga las siguientes instrucciones:

1. Empiece por leer en voz alta la siguiente instrucción de diligenciamiento: "Te voy a leer unas afirmaciones y tú me vas responder si estás de acuerdo o no con lo que acabo de decir. Hay tres opciones de respuesta de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo. No hay respuestas correctas ni incorrectas, simplemente queremos conocer tus opiniones".
2. Posteriormente, utilice un ejemplo para ilustrar el diligenciamiento de la escala. Puede utilizar el siguiente: "por ejemplo, si digo la frase los animales son tiernos, tú debes responderme de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo, según tu forma de pensar".
3. Antes de iniciar la aplicación, pregunte si hay alguna duda sobre el cuestionario. Solucione una por una las dudas del participante. Además, aclare que si surge alguna duda durante la aplicación de la escala; el participante puede expresarla con libertad.
4. En este cuestionario se presentan afirmaciones sobre comportamientos que muchas personas consideran negativos. Por lo tanto, es posible que se presenten sesgos por deseabilidad social (en lugar de contestar

sinceramente, los niños y adolescentes contestan lo que creen que se espera de ellos). Para minimizar el sesgo, lea los ítems en un tono neutro, y procure que su tono sea el mismo al leer todos los ítems.

5. Inicie el diligenciamiento de la escala. Lea todos los ítems al pie de la letra, de forma pausada, en voz alta y clara. Si se equivoca en la lectura de un ítem, relealo completo. Registre las respuestas del participante en la Hoja de respuestas.
6. Si durante la aplicación en participante tarda mucho en responder, es posible que haya olvidado las opciones de respuesta. Cuando sea necesario repita que las opciones de respuesta son "de acuerdo", "ni de acuerdo ni en desacuerdo" o "en desacuerdo". Hágalo para todos los ítems de ser necesario.

7. Si durante la aplicación el participante le hace alguna pregunta, suspenda la administración de la prueba y respóndala. Sin embargo, sea muy cuidadoso de NO recomendar o inducir la respuesta a ninguno de los ítems.
8. Si el participante no entiende algún ítem de la escala, reléalo pausadamente. En casos excepcionales (si el participante no entiende después de repetirle el ítem varias veces) explique qué significan las palabras del ítem. Sin embargo, nunca reformule el ítem completo usando palabras distintas (i.e. sus propias palabras). Sea muy cuidadoso de NO recomendar o inducir la respuesta a los ítems.
9. Una vez terminada la administración de la escala, pregúntele al participante si tiene alguna inquietud. De tener alguna, respóndala. De lo contrario, pase a la siguiente prueba.

## 7. Índice de empatía

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	Índice de empatía
<b>Edad de aplicación:</b>	de 8 a 16 años
<b>Número de ítems:</b>	22
<b>Subescalas o factores:</b>	comprensión de los sentimientos, sentimientos de tristeza, reacciones al llanto
<b>Tiempo de aplicación:</b>	8 a 10 de minutos

La empatía se define como la habilidad para sentir y comprender las emociones de otras personas. A nivel motivacional, la empatía se asocia con el deseo de ayudar a los demás, mientras a nivel comportamental se asocia con el comportamiento prosocial y la inhibición de conductas agresivas (Eisenberg, Carlo, Murphy y Van Court, 1995; Eisenberg, Guthrie, Murphy, Shepard, Cumberland y Carlo, 1999; Eisenberg, Miller, Shell, McNalley y Shea, 1991; Eisenberg y Fabes, 1991). Los cuestionarios de autoreporte son la forma más común de medir la empatía en niños, adolescentes y adultos (Batson, 1991). En particular, esta investigación se utiliza el "Empathy Index" o Índice de Empatía (IE) de Bryant (1982). El IE es una adaptación para en niños y adolescentes del Cuestionario de Empatía Emocional (Mehrabian y Epstein, 1972). La versión completa del IE cuenta con 22 ítems, que expresan formas de sentir y de actuar frente situaciones que involucran sentimientos o emociones de otros individuos. Los 22 ítems de la escala se agrupan en tres factores claramente diferenciados, que a su vez conforman un índice general de empatía: el factor 1 (F1) del IE se denomina "comprensión de los sentimientos"; el factor 2 (F2) se denomina "sentimientos

de tristeza"; y por último, el factor 3 (F3) se denomina "reacciones al llanto".

El IE ha sido extensamente utilizado en poblaciones de niños y adolescentes entre los 8 y los 16 años. Además, numerosos estudios de validación han confirmado la estructura factorial de la escala (para un resumen ver Rose y Rudolph, 2006).

Al aplicar la escala, siga las siguientes instrucciones:

1. Empiece por leer en voz alta la siguiente instrucción de diligenciamiento: "Te voy a leer unas afirmaciones y tú me vas responder qué tan de acuerdo estas con . No hay respuestas correctas ni incorrectas, simplemente queremos conocer tus opiniones".
2. Posteriormente, utilice un ejemplo para ilustrar el diligenciamiento de la escala. Puede utilizar el siguiente: "Por ejemplo, si digo la frase "me gustan los deportes", tú debes responderme "sí" o "no", según tu forma de pensar".

3. Antes de iniciar la aplicación, pregunte si hay alguna duda sobre el cuestionario. Solucione una por una las dudas del participante. Además, aclare que si surge alguna duda durante la aplicación de la escala; el participante puede expresarla con libertad.
4. Inicie el diligenciamiento de la escala. Lea todos los ítems al pie de la letra, de forma pausada, en voz alta y clara. Si se equivoca en la lectura de un ítem, relealo completo. Registre las respuestas del participante en la Hoja de Respuestas.
5. Si durante la aplicación el participante le hace alguna pregunta, suspenda la administración de la prueba y respóndala. Sin embargo, sea muy cuidadoso de NO recomendar o inducir la respuesta a ninguno de los ítems.
6. Si el participante no entiende algún ítem de la escala, reléalo pausadamente. En casos excepcionales (si el participante no entiende después de repetirle el ítem varias veces) explique qué significan las palabras del ítem. Sin embargo, nunca reformule el ítem completo usando palabras distintas (i.e. sus propias palabras). Sea muy cuidadoso de NO recomendar o inducir la respuesta a los ítems.
7. Una vez terminada la administración de la escala, pregúntele al participante si tiene alguna inquietud. De tener alguna, respóndala. De lo contrario pase a la siguiente prueba.

## 8. Escala de comportamiento prosocial: instructivo

Ficha técnica	
<b>Nombre:</b>	Escala de comportamiento prosocial
<b>Edad de aplicación:</b>	de 8 a 16 años
<b>Número de ítems:</b>	15
<b>Subescalas o factores:</b>	ayuda, confianza y simpatía
<b>Tiempo de aplicación:</b>	de 5 a 8 minutos

El comportamiento prosocial es un patrón de conducta que facilita las interacciones positivas con los otros (Carlo, Eisenberg y Knight, 1992; Mestre, Frías, Samper y Tur, 2002). Incluye comportamientos específicos de apoyo, cooperación y simpatía con otras personas (REF). Por lo tanto, numerosos autores plantean que la agresividad y el comportamiento prosocial son conductas opuestas (Caprara y Pastorelli, 1993). Se sabe que el comportamiento prosocial se desarrolla principalmente durante la infancia y la adolescencia, y se relaciona estrechamente con la adquisición de habilidades cognitivas y emocionales, así como con la expansión y diversificación de los contextos de interacción (Bandura, 1996).

El comportamiento prosocial de los niños y adolescentes se puede medir utilizando el reporte de los padres, maestros, cuidadores, compañeros de clase o amigos (otros significativos), o mediante el autoreporte del individuo. En este estudio se utiliza un cuestionario de autoreporte. En particular, se utiliza la versión española (Del Barrio et al., 2001) de la Escala de Conducta Prosocial (ECP) de Caprara y Pastorelli, (1993). La ECP cuenta con 15 elementos que evalúan la conducta de ayuda, de confianza y de simpatía a través de tres alternativas de respuesta, que reflejan la frecuencia con que se adoptan

las conductas descritas: "casi siempre", "a veces" o "nunca". Los elementos 3, 6, 8, 11 y 14 son ítems de control.

La versión española del ECP se ha utilizado exitosamente en estudios con niños entre los 8 y los 16 años (Del Barrio et al., 2001).

### Instrucciones de aplicación

El IE es un instrumento de fácil aplicación, que puede ser autoadministrado (diligenciado por el participante) o administrado por un entrevistador (i.e. usted). En este caso usted está a cargo de la administración de la escala (como entrevistador). Los 15 ítems del ECP se responden en una escala de frecuencias con tres opciones: "casi siempre", "a veces" o "nunca". Usted debe leerle al participante los ítems de la escala y registrar sus respuestas.

Al aplicar la escala, siga las siguientes instrucciones:

1. Empiece por leer en voz alta la siguiente instrucción de diligenciamiento: "Este cuestionario presenta situaciones típicas en casa y en la escuela. No existen respuestas

justas o equivocadas, la mejor es la más sincera, la que se acerca más a tu experiencia. En cada pregunta hay que dar una sola respuesta. En algunos casos te parecerá oportuno responder a menudo, en otros algunas veces y en otros -nunca-. antes de responder es preciso reflexionar atentamente”.

2. Posteriormente, utilice un ejemplo para ilustrar el diligenciamiento de la escala. Puede utilizar el siguiente: “Por ejemplo, si digo la frase me gusta dormir hasta tarde, tú debes responderme a menudo, algunas veces, o nunca, según tu forma de actuar”.
3. Antes de iniciar la aplicación, pregunte si hay alguna duda sobre el cuestionario. Solucione una por una las dudas del participante. Además, aclare que si surge alguna duda durante la aplicación de la escala; el participante puede expresarla con libertad.
4. Inicie el diligenciamiento de la escala. Lea todos los ítems al pie de la letra, de forma pausada, en voz alta y clara. Si se equivoca en la lectura de un ítem, relealo completo.

Registre las respuestas del participante en la Hoja de respuestas.

5. Si durante la aplicación el participante le hace alguna pregunta, suspenda la administración de la prueba y respóndala. Sin embargo, sea muy cuidadoso de NO recomendar o inducir la respuesta a ninguno de los ítems.
6. Si el participante no entiende algún ítem de la escala, reléalo pausadamente. En casos excepcionales (si el participante no entiende después de repetirle el ítem varias veces) explique qué significan las palabras del ítem. Sin embargo, nunca reformule el ítem completo usando palabras distintas (i.e. sus propias palabras). Sea muy cuidadoso de NO recomendar o inducir la respuesta a los ítems.
7. Una vez terminada la administración de la escala, pregúntele al participante si tiene alguna inquietud. De tener alguna, respóndala. De lo contrario, pase a la siguiente prueba.

## Anexo 3. Entrevista semiestructurada

### INVESTIGACIÓN ICBF-OIM-Unicef - ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Código:

Identificación
Edad:
Sexo:
Procedencia:
Modalidad de atención:
Tiempo de permanencia en el programa:

Descripción:
Observación del comportamiento en el momento de la entrevista

### Preguntas orientadoras

- ¿Cómo te sientes hoy? (puede apoyarse con un dibujo o en la estrategia de la torta de los sentimientos)
- ¿Cual es el sentimiento o emoción más frecuente en ti en los últimos tres meses?, ¿cual es la segunda?, ¿cual es la tercera?
- ¿Cual ha sido el momento más feliz de tu vida?
- ¿Cual ha sido el momento más triste de tu vida? ¿Qué hiciste para recuperarte de esa tristeza?
- ¿Qué cosas aprendiste de esa experiencia que tuviste?
- ¿Quién o qué fue lo que más te ayudó a recuperarte?
- ¿Usualmente, qué cosas son las que te ponen feliz?
- ¿Usualmente, qué cosas son las que te ponen triste?
- ¿Usualmente, qué cosas son las que te dan rabia?
- ¿Qué cosas te gustaría hacer, pero por alguna razón no puedes?
- ¿Por qué no puedes hacer eso que te gustaría?
- ¿Qué debe hacer un niño cuando tiene esas experiencias?
- ¿Qué no debe hacer?
- ¿A quién debe buscar para que lo ayuden ayuda?
- ¿A dónde puede llamar para que lo ayuden?
- ¿Si tuvieras la oportunidad de agradecerle a alguien por algo que haya hecho por ti, a quien le agradecerías? Qué le dirías?
- ¿En qué cosas sientes que eres fuerte?
- ¿En qué cosas no te sientes tan fuerte?
- ¿Qué te gustaría ser cuando seas mayor?

## Anexo 4. Técnica cualitativa ICBF - OIM - Unicef

### INTRODUCCIÓN

La investigación cualitativa tiene como propósito contextualizar al investigador en la realidad que investiga. Consiste en un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible. Estas prácticas transforman el mundo, lo convierten en una serie de representaciones, que incluyen las notas de campo, las entrevistas, conversaciones, fotografías, registros y memorias. En este nivel, la investigación cualitativa implica una aproximación interpretativa y naturalista del mundo. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian las cosas en su contexto natural, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en función de los significados que las personas les otorgan Denzin (2005).

“...Las metodologías cualitativas se orientan hacia la comprensión de las situaciones únicas y particulares, se centran en la búsqueda de significado y de sentido que les conceden a los hechos los propios agentes, y en cómo viven y experimentan ciertos fenómenos o experiencias los individuos o los grupos sociales a los que investigamos. Tales planteamientos epistemológicos provienen del campo de la fenomenología y de la hermenéutica. Las metodologías cualitativas se interesan por la vivencia concreta en su contexto natural y en su contexto histórico, por las interpretaciones y los significados que se atribuyen a una cultura (o subcultura) particular, por los valores y los sentimientos que se originan. Es decir, se interesan por la “realidad” tal y como la interpretan los sujetos, respetando el contexto donde dicha “realidad social” es construida. A lo largo de todo el proceso de investigación cualitativa, se debe prestar especial atención a la función social que tiene el lenguaje para la comprensión y la construcción del “mundo” en un contexto espaciotemporal concreto. Al entrar en contacto con las personas o grupos objeto de estudio (muestra), el investigador debe suspender y cuestionar el valor del conocimiento que tiene acerca del fenómeno que se está estudiando para ir construyendo un nuevo conocimiento fiel y certero de la realidad...”

Las estrategias cualitativas que se utilizarán están derivadas de técnicas propias de los enfoques cualitativos en investigación. Se trabaja con una mirada participativa con el objeto de construir conocimientos y saberes a partir de la experiencia de los actores del proceso. Los investigadores tienen un carácter facilitador y orientador en la aplicación, deben ser expertos en el manejo de la técnica y en el tema específico. La metodología permite sistematizar la información de tal manera que se pueda lograr una interpretación de datos

con calidad científica (Ramírez y cols, 2005). El trabajo con niños, niñas y jóvenes exige la utilización de estrategias que garanticen la participación y que aseguren la protección de los participantes. Esto implica que la estrategia no constituya un riesgo para los niños, niñas y jóvenes en su integridad física y psicológica, pero que a la vez se logren los resultados planteados por el estudio. Por otro lado, la estrategia debe estar diseñada de tal manera que en caso de encontrar participantes que están en riesgo personal por cualquier condición, se cuente con los mecanismos para atender y resolver tales situaciones (Ramírez y cols, 2005).

Son estrategias sistemáticas y metodológicamente coherentes con los propósitos y objetivos del estudio. Se trata de llevar a cabo unas actividades con los niños y niñas y los jóvenes que desde una perspectiva del desarrollo y respetando su nivel evolutivo, se logre obtener las opiniones, emociones y sentimientos asociados a la temática de estudio. Cada una de las actividades está organizada por pasos y requiere la utilización de materiales. Se inician con trabajos de reflexión individual pero posteriormente se busca el trabajo colectivo a fin de construir el conocimiento a partir de los niños, niñas y jóvenes.

### OBJETIVO

Comprender el estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes que pertenecen a los programas del ICBF y han sido expuestos a diferentes hechos victimizantes, así como conocer sus opiniones, sentimientos y creencias sobre las diferentes experiencias de vida que han tenido

### PARTICIPANTES

Se trabajará con niños, niñas y adolescentes de ambos sexos, de diferente origen étnico y de diferentes edades. Los grupos de edades estarán distribuidos de la siguiente manera: de 8 a 10, de 11 a 14, y de 15 a 18, y habrá representación por cada uno de los hechos victimizantes concebidos en el estudio.

### ACTIVIDAD 1

#### Entrevista semiestructurada

**Objetivo:** Conocer los sentimientos, opiniones y creencias sobre las diferentes experiencias de vida de los niños, niñas y adolescentes.

**Materiales:** Guía de la entrevista, grabadora, lápiz y hojas adicionales en blanco.

### Procedimiento:

- Asegúrese de estar en un sitio apropiado para realizar la entrevista.
- Establezca un ambiente de confianza con el niño
- Desarrolle empatía para lograr la entrevista

Explique de qué se trata la actividad 1, y si él o ella acepta participar, por favor diligencie el asentimiento informado.

- Asegúrese de que el niño, niña y adolescente esté autorizado por el defensor, padre o tutor para participar en la actividad y diligencie el consentimiento informado
- Asegúrese de tener el material listo (guía de la entrevista y la grabadora funcionando con batería suficiente)
- Haga las preguntas de manera clara y si es necesario ampliarla, repita la pregunta.
- Utilice las técnicas propias de la entrevista semi estructurada (parafraseo, resumen, reflejo) para lograr mejores resultados.
- No complete las respuestas; maneje los silencios de manera apropiada.
- Si su pregunta hace que el niño tenga una reacción emocional desproporcionada, interrumpa la entrevista y remítalo a servicio especializado.
- Una vez terminada la entrevista, transcriba el material y envíelo por vía digital a los asistentes de investigación.
- Instrumento: Guía de preguntas orientadoras.

## ACTIVIDAD 2

### Actividad participativa: El noticiero

**Objetivo:** Conocer las opiniones de los niños en relación con los derechos a los que tienen acceso, y sobre sus propias recomendaciones al Estado colombiano en material de protección y de apoyo para su proyecto de vida.

#### Materiales:

- Cartulinas
- Marcadores
- 1 Mesa

#### Procedimiento:

Previamente, los auxiliares de investigación prepararán unas estrellas con cartulina de colores donde cada participante pondrá su nombre. Antes de iniciar la actividad se recomienda desarrollar una dinámica de grupo (abierta a consideración del auxiliar).

# Anexo 5. Cuestionario complementario

9542595515



OIM - ICBF - UNICEF



1a

## CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN BÁSICA

Enc.  -  -  -

### IDENTIFICACIÓN

1. El niño(a) o adolescente tiene documento de identidad?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	2. Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	3. Peso	<input type="text"/>			
4. Estaura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5. Fecha de Nacimiento (día, mes, año)	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Lugar de Nacimiento: Departamento	<input type="text"/>	Codigo DANE	<input type="text"/>							
7. Etnia:	MESTIZO <input type="checkbox"/>	ROM GITANO <input type="checkbox"/>	RAIZAL <input type="checkbox"/>	AFROCOLOMBIANO <input type="checkbox"/>	PALENQUERO <input type="checkbox"/>	INDÍGENA <input type="checkbox"/>	Cuál?	<input type="text"/>		

### EDUCACIÓN

8. Máximo grado alcanzado en educación básica	<input type="text"/>	No sabe <input type="checkbox"/>	9. Capacitación técnica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	10. Actualmente está estudiando?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	----------------------	----------------------------------	-------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

### ASPECTOS SOCIOECONOMICOS

11. Con qué personas vive:	PADRE <input type="checkbox"/>	MADRE <input type="checkbox"/>	HERMANOS <input type="checkbox"/>	ABUELOS <input type="checkbox"/>	TÍO (A) S <input type="checkbox"/>	OTRO FAMILIAR <input type="checkbox"/>	AMIGOS <input type="checkbox"/>
12. Considera que su salud en general es:	MUY BUENA <input type="checkbox"/>	BUENA <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MALA <input type="checkbox"/>	13. Cuál es el estrato SISBEN al que pertenece:	<input type="text"/>	No sabe <input type="checkbox"/>

### ASPECTOS DE SALUD

14. Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades:	SI	NO	NO SABE	17. Indique si ha perdido alguna de las siguientes partes de su cuerpo:	SI	NO			
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dedo(s) de manos o pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otra infección se transmisión sexual (ITS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pieza dental de forma permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Asma, rinitis, dermatitis o alguna otra alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otra enfermedad crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>GRAVEDAD</b>					
15. Ud. tiene alguna cicatriz o alteración en su cuerpo que haya sido ocasionado por una persona?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		18a. Tiene dificultades para caminar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Menor <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>
16. Ud. tiene alguna cicatriz o alteración en su cuerpo que haya sido ocasionado por un evento o situación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		18b. Tiene dificultades para oír	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Menor <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>
				18c. Tiene dificultades para ver	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Menor <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>

**CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN BÁSICA**

□□ - □ - □ - □□□□

19. Cuáles de los siguientes síntomas ha experimentado en el último mes:			24. A continuación indique con qué frecuencia realiza las siguientes actividades:						
	SI	NO	Nunca	Una vez al mes	De 2 a 3 veces al mes	Una vez a la semana	De 2 a 6 veces a la semana	Todos los días	
Dolor fuerte de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Dolor fuerte en las coyunturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Dolor fuerte en el cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Practica algún deporte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor fuerte en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Va a un parque a recrearse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor fuerte en las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Va a fiestas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuerte dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Va a alguna iglesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naúseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Va a biblioteca, cine o centro cultural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Temblor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Mareos o pérdida de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Ardor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Secreciones en los genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Granos en los genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
20. Ha recibido terapia psicológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
21. Actualmente está en terapia psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
22. En el último año ha recibido atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
23. En el último año ha recibido atención odontológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
			<b>INFORMACIÓN PARA SER EXTRAIDA DE LA HISTORIA DEL NNA</b>						
						Buena	Regular	Mala	
			25. Condición física de la llegada del NNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			26. Condición emocionales de la llegada del NNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			27. Presentación a la llegada del NNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			28. Discapacidad (Si marca NO pase a la pregunta 32)				SI	NO	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			29. Grado de discapacidad				Leve	Moderado	Severo
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			30. Origen de la discapacidad				Congénito	Accidente	Conflicto armado
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□□ - □ - □ - □□□□

Continuación..  
INFORMACIÓN PARA SER EXTRAIDA DE LA HISTORIA DEL NNA

<b>31. Clasificación de la discapacidad</b>									
MENTAL		VISUAL		AUDITIVA		COGNITIVA		MOTORA	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>32. Situación de Victimización</b>									
Reclutamiento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de reclutamiento (mes, año)	□□ / □□□□	No sabe <input type="checkbox"/>			Voluntario <input type="checkbox"/>	Involuntario <input type="checkbox"/>
Fecha de desmovilización (mes, año)			□□ / □□□□	No sabe <input type="checkbox"/>	Tipo de reclutamiento		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desplazamiento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de desplazamiento (mes, año)	□□ / □□□□			No sabe <input type="checkbox"/>		
Minas antipersona	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha del accidente (mes, año)	□□ / □□□□			No sabe <input type="checkbox"/>		
Abuso sexual	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha del abuso (mes, año)	□□ / □□□□			No sabe <input type="checkbox"/>		
Orfandad padre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha muerte padre (mes, año)	□□ / □□□□			No sabe <input type="checkbox"/>		
Orfandad madre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha muerte madre (mes, año)	□□ / □□□□			No sabe <input type="checkbox"/>		
Desaparición padre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha desaparición padre (mes, año)	□□ / □□□□			No sabe <input type="checkbox"/>		
Desaparición madre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha desaparición madre (mes, año)	□□ / □□□□			No sabe <input type="checkbox"/>		
Secuestro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha del secuestro (mes, año)	□□ / □□□□			No sabe <input type="checkbox"/>		
<b>33. El NNA ha recibido intervención</b>									
Psicológica individual		Psicológica grupal		Médica		Odontológica		Nutricional	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34. Número de otros eventos potencialmente traumáticos</b>								<input type="checkbox"/>	Escriba "0" si no ha tenido eventos traumáticos

## Anexo 6. Acta de aprobación del Comité de Ética

 UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA CALI	<b>MODELO INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b> <b>FORMATO DE CONCEPTO ÉTICO A PROTOCOLOS DE</b> <b>INVESTIGACIÓN</b>	
<b>Versión:</b> 1.0	<b>Fecha de Aprobación:</b> __/__/__	
Fecha de aprobación		Código
12/06/2012		CIDEH.9.3-Consecutivo

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de San Buenaventura, seccional Cali, es creado por Resolución de Rectoría No. A871 del 17 de Noviembre del año 2010 para que actúe como una instancia de asesoría, evaluación y debate en torno a los problemas éticos que surgen alrededor de las actividades de investigación que adelanta la Universidad. El Comité está regido por la Resolución 008430 de 1993 que establece en Colombia las normas científicas, técnicas y administrativas en investigación. La Declaración de Helsinki, versión 2008, que establece en el orden internacional los parámetros éticos en investigación, y la Declaración de Singapur de 2010 que promueve la integridad en investigación.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	
Título del protocolo de investigación:	El conflicto armado en los niños, niñas y adolescentes: Una investigación de consecuencias, impactos, afecciones y daños psicosociales en el contexto colombiano.
Objetivo:	Determinar el estado psicosocial actual de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado colombiano, por hecho victimizante con un enfoque diferencial.
Investigador principal:	Clemencia Ramírez Herrera
	Código interno
	Ext1    I    13

#### CONCEPTO DEL COMITÉ:

Proyecto con aprobación expedita  
 Proyecto aprobado con recomendaciones  
 Proyecto pendiente  
 Proyecto no aprobado

X

#### CONSIDERACIONES:

-Clasificación del riesgo del protocolo de investigación, según art. 11 de Resolución No. 008430 de 1993:

Sin riesgo  
 Riesgo mínimo  
 Riesgo mayor que el mínimo

X

- El investigador principal debe informar al Comité de Ética de la Investigación de la Universidad cualquier modificación que se proponga introducir en el protocolo que afecte de modo directo a los participantes de investigación. Asimismo, el investigador principal debe reportar ante este Comité, los eventos adversos que se presenten en el curso de la investigación.

Firma:	 	Fecha: 17/09/2013
Nombre y Apellidos: Ing. Oscar Posso Arboleda	Capacidad Representativa: Presidente del Comité de Ética de la Investigación	
Contacto: CIDEH teléfono: 3182239		





Bogotá D.C. - Dirección General  
Av. Cra. 68 No. 64C-75 • PBX 437 7630  
Línea gratuita nacional ICBF:  
**01 8000 91 80 80**  
[www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co)